

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 72

COMPLICATIONS AURICULAIRES
DES
OREILLONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MAY

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Paris, le 7 Janvier 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, RUE STELLA, 3

—
1899

Complications Auriculaires
DES
OREILLONS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 72

COMPLICATIONS AURICULAIRES
DES
OREILLONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MAY

ELÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Paris, le 7 Janvier 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS.

3, RUE STELLA, 3

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, *Président* ; M. LANNOIS, *Assesseur* ;
MM. ROUX et SAMBUC, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULIER
Professeur de thérapeutique
Membre correspondant de l'Académie de médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANNOIS
Médecin des Hôpitaux

PRÉFACE

Durant ces trois années d'école, nous avons contracté des dettes de reconnaissance ; nous sommes heureux de pouvoir les acquitter aujourd'hui.

A M. le professeur Soulier iront nos premiers remerciements ; nous nous souviendrons toujours des marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées, et de l'accueil si bienveillant que nous avons reçu dans sa famille. Il ne pouvait nous faire un plus grand honneur que d'accepter aujourd'hui la présidence de cette thèse.

M. le professeur agrégé Lannois nous a donné l'idée première de ce travail ; il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils ; nous lui en sommes vivement reconnaissant.

Merci enfin à nos amis, qui par leur gaieté et leur bon cœur nous ont souvent aidé à surmonter la tristesse et l'ennui, pendant ces trois longues années.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552405_0011

INTRODUCTION

De toutes les maladies de l'enfance, l'affection ourlienne était, jusqu'à ces derniers temps, considérée comme l'une des plus bénignes, d'abord pour son pronostic immédiat, ordinairement sans la moindre gravité, ensuite pour l'absence ou la rareté de ses complications ; l'orchite seule était de nature à assombrir ce tableau.

Il faut reconnaître cependant que de nombreux auteurs se sont attachés, par la description d'accidents divers, intéressant particulièrement le système nerveux central ou périphérique, les yeux, les oreilles, à détruire ce renom de bénignité, et à rapprocher les oreillons des autres maladies infectieuses, et particulièrement des fièvres éruptives. De ces accidents, les uns sont encore peu étudiés et indécis ; d'autres, au contraire, ont une existence et une histoire nettement reconnues et établies, ce sont les complications cérébrales, oculaires et auriculaires des oreillons.

L'attention des médecins militaires semble s'être portée surtout du côté des accidents oculaires ; Hatry, puis Fournié et Talon se sont successivement occupés de cette question. Il semble au contraire qu'ils se

soient le plus souvent désintéressés des complications auriculaires, plus fréquentes cependant que les autres et aussi intéressantes au point de vue militaire : la première observation du travail de Fournié, le cas rapporté par MM. Lannois et Lemoine en sont la preuve. Les épidémies d'oreillons sont nombreuses dans les casernes comme dans toutes les agglomérations d'individus jeunes, et le cas de Fournié n'est certainement pas une exception.

En dehors de ce point de vue un peu spécial, la surdité ourlienne est assez importante pour mériter d'être plus sérieusement étudiée. Si les cas connus jusqu'à présent sont relativement peu nombreux, c'est que l'attention a été attirée sur eux d'une façon insuffisante. Il est assez fréquent, comme nous le verrons dans la suite, que l'apparition de la surdité s'accompagne de symptômes nuls ou insignifiants, et soit méconnue des enfants qui ne s'en aperçoivent ou ne s'en occupent guère ; les parents doivent donc être prévenus de la possibilité de cette complication ; un médecin doit encore moins l'ignorer, afin de pouvoir rapporter à leur véritable cause bien des cas de surdité d'origine inconnue, surtout maintenant qu'on a relaté des cas de guérison par un traitement approprié.

En dehors des cas de surdité absolue, qui sont les plus intéressants par leur fréquence et leur gravité, il existe toute une série d'accidents plus ou moins graves du côté des oreilles : l'otalgie signalée par Comby, phénomène bruyant mais sans grande importance, — la surdité temporaire, — le catarrhe du conduit auditif externe, vu par Fournié, — enfin le catarrhe de l'oreille

moyenne, dont nous apportons quelques observations inédites.

C'est à l'étude de ces divers phénomènes que nous avons consacré ce travail.

Dans un premier chapitre, nous ferons l'historique de la question, rappelant les divers auteurs qui s'en sont occupés, et les travaux parus jusqu'à ce jour.

Dans le second chapitre, nous étudierons la surdité totale, ses symptômes, sa marche et son pronostic ; nous passerons ensuite en revue les différentes théories pathogéniques émises pour expliquer cette complication.

La surdité temporaire fera l'objet du chapitre suivant.

En quatrième lieu, nous verrons les autres manifestations auriculaires des oreillons :

Les otalgies,

Le catarrhe de l'oreille externe,

La surdité par lésions de l'oreille moyenne.

Un court chapitre sera réservé aux divers traitements tentés jusqu'à présent.

Le dernier chapitre sera constitué par un résumé des diverses observations que nous avons pu réunir.

HISTORIQUE

La surdité consécutive aux oreillons se trouve signalée pour la première fois, d'après Kriegelstein, par Hinze en 1802 : « Hinze a observé aussi de graves accidents chez des personnes de 30 à 50 ans qui eurent à souffrir de dangereuses métastases sur l'estomac et le bas-ventre. Deux de ces personnes furent atteintes de péricneumonia notha qui mirent leurs jours en danger ; un autre homme de 50 ans *devint sourd*, et chez un autre du même âge, les glandes parotides devinrent squirrheuses. » Pas le moindre détail sur la façon dont est survenu cet accident ; rien ne prouvait par suite que l'on eût affaire à une véritable complication plutôt qu'à une simple coïncidence. Ce n'est que longtemps après que Coynbee signala nettement la possibilité d'une surdité consécutive aux oreillons, absolue ou incomplète, et en donna aussitôt une théorie pathogénique qui n'a fait que se confirmer à mesure que des cas nouveaux se sont présentés.

Vingt ans après, au Congrès annuel de la Société otologique américaine, à Newport en 1881, l'existence de la surdité ourlienne fut définitivement reconnue, à

la suite des deux observations apportées par Bück et corroborées par les affirmations de Sir John Roosa ; dans la discussion qui suivit, ce dernier prétendit même avoir constaté de si nombreux cas de cet affection, « qu'il verrait avec appréhension les oreillons chez les personnes qui lui étaient chères, à cause du danger de surdité consécutive. »

A la suite de cette discussion, le Dr S. Moos d'Heidelberg publia un cas de surdité bilatérale (1881) ; un cinquième cas fut publié par Seitz (de Zürich), et un sixième par Brünner (cas publié en 1871). Moos et Brünner attribuèrent cette surdité à l'arrêt, dans le système circulatoire du labyrinthe, de produits nuisibles qui créaient une infection secondaire. Seligsohn en janvier 1883 réunit les six observations parues jusqu'alors, auxquelles il ajouta une observation personnelle, moins concluante d'ailleurs que les premières ; puis dans une étude longue et confuse, « d'une obscurité remarquable », comme l'a fait remarquer Fournié, il compara la surdité ourlienne à celle qui survenait dans le cours de la syphilis, de la méningite cérébro-spinale épidémique, sans donner de conclusions bien nettes.

Le premier travail d'ensemble sur la question est dû à MM. Lannois et Lemoine, qui rapportèrent en 1883 les neuf observations connues jusqu'alors, en y joignant un cas personnel. Ils montrèrent en même temps la véritable nature de la surdité nerveuse, localisation plutôt que complication des oreillons, considérés comme maladie générale.

Cette démonstration n'empêcha pas Grüber, dans une

série d'articles publiés en 1884, de considérer la surdité ourlienne comme une complication locale, et de l'attribuer à une inflammation de l'oreille moyenne venue de la parotide par la scissure de Glaser.

Dans une étude intéressante, parue dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, en 1884, Dreyfus-Brisac passant en revue les derniers travaux récents relatifs aux oreillons, fit une étude brève, mais complète des complications auriculaires. Pour la pathogénie de la surdité, il se rattachait absolument aux conclusions de Lemoine et Lannois ; d'ailleurs le premier chapitre de son travail est entièrement consacré à démontrer la nature infectieuse de la maladie ourlienne. Le premier enfin, il citait deux cas de surdité temporaire, sans en donner les observations ; celles-ci devaient d'ailleurs paraître peu de temps après dans un travail de son ami le médecin-major Fournié.

Dans son mémoire sur les complications des organes des sens dans les oreillons (1885), ouvrage ayant obtenu le prix de médecine militaire, Fournié élevait à 17 le nombre des observations connues, en ajoutant 7 nouveaux cas, dont 2 personnels, à ceux que rapportaient Lannois et Lemoine. Il reprenait l'histoire de la surdité incomplète, publiait 3 cas de surdité temporaire (2 cas de Dreyfus et un personnel), et signalait la possibilité d'un catarrhe du conduit auditif externe.

Un article de M. Ch. Eloy, paru dans l'*Union Médicale* en juillet 1885, ne fait que paraphraser le travail de Fournié, sans fournir d'observation nouvelle, ni faire avancer l'état de nos connaissances sur cette question.

Citons encore les travaux américains de Pierce (*The medical chronicle*, 1881) et de Connor (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1884), qui fixent à vingt-trois le nombre des cas connus. L'existence de ces deux mémoires semble avoir été ignorée de Fournié.

Depuis le travail de ce dernier, les observations se sont multipliées. Au mois de décembre 1898, M. Gallavardin, interne des hôpitaux de Lyon, reprenant l'étude des complications nerveuses des oreillons, donnait la liste de 51 observations de surdité complète et incurable jusque-là connues. Ce chiffre aurait pu être augmenté de quelques unités.

Les cas de surdité temporaire, moins fréquents, et attirant moins l'attention, n'ont été signalés qu'assez tard. Les trois premiers, nous l'avons vu, sont dus à Fournié ; trois nouvelles observations ont paru depuis cette époque. Cette complication n'a fait l'objet d'aucun travail particulier.

Les otites moyennes nous ont paru au contraire être assez nombreuses ; mais bien moins graves dans leur pronostic que les cas de surdité interne, elles ont été moins recherchées et sont plus rarement publiées. Dreyfus-Brisac semble admettre leur existence, pour justifier les interprétations qui font de la surdité une complication locale des oreillons ; et c'est aussi sans doute à ces cas que fait allusion Pinet, quand il parle de la possibilité d'une surdité définitive après les oreillons, quand il y a eu otite. Fournié en dit quelques mots, et donne une observation de catarrhe du conduit auditif. Gallavardin cite 11 cas seulement d'otite moyenne : ce chiffre ne nous paraît pas être en rapport avec la

fréquence de cet accident, que nous croyons être beaucoup plus grande. La statistique générale de l'armée signale à chaque instant l'existence d'otites moyennes consécutives aux oreillons, et nous même avons apporté trois observations inédites.

— — — — —

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. — Symptomatologie. — Pronostic. — Pathogénie.

Le premier fait qui ressort de l'étude de la surdité ourlienne est sa fréquence relative, bien qu'en réalité elle soit peu considérable si on la compare au chiffre des oreillons, maladie épidémique, qui atteint chaque année un très grand nombre de sujets.

Depuis le Congrès de Newport, où l'existence de cette complication a été définitivement reconnue, le nombre des cas n'a cessé d'augmenter d'une façon progressive ; à l'heure actuelle, nous en connaissons 56 cas bien caractérisés. Si l'on consulte la statistique générale de l'armée, on constate que dans beaucoup d'épidémies sérieuses d'oreillons, des otites internes sont signalées, d'une façon plus ou moins précise, et malheureusement sans détails :

En 1893, 1894, on note des otites de nature indéterminée.

En 1889, V^e corps, à Orléans, au 34^e d'artillerie,

34 cas d'oreillons donnent lieu à deux otites internes (Méd. Maj. de 1^{re} cl. Roberdeau).

En 1886, VI^e corps, 725 cas ont été enregistrés dans l'année... 4 cas de surdité nerveuse consécutive aux oreillons ont nécessité la réforme.

XIII^e corps. Du commencement de janvier au milieu du mois de mars, le 98^e de ligne a compté 69 cas... 3 malades ont présenté de l'otite suppurée, quelques-uns se plaignaient, en outre, d'une surdité le plus souvent unilatérale qui, pour le médecin chef de service, paraît avoir été, avec un état fébrile, sans autre cause apparente, une forme fruste de la maladie (Méd. Maj. de 1^{re} cl. Utz).

En 1884, à Nevers, un homme a été atteint d'une surdité nerveuse unilatérale qui, après trois mois, résistait aux divers traitements employés (Geschwind).

Dans cette série de faits, ne rentrent que les cas d'oreillons absolument caractérisés, mais il est probable que le nombre des surdités nerveuses s'accroîtait encore, si l'on songeait à tous les cas frustes d'oreillons, dans lesquels la lésion auriculaire peut constituer toute la maladie.

L'étude des causes banales nous arrêtera peu, l'étiologie de la surdité ourlienne nous étant encore à peu près inconnue. Peu de chose à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels ; cependant nous trouvons une fois la dysécie légère dans l'histoire antérieure du malade (Lemoine et Lannois) ; dans une observation de Moos, l'ouïe était déjà faible du côté gauche, la surdité postérieure ourlienne fut bilatérale. Enfin la malade observée par Gellé avait déjà eu un affaiblissement

passager de l'audition. Nous verrons dans la suite quelle valeur on peut attribuer à ces constatations.

Le sexe et l'âge sont sans importance; on trouve l'affection aussi bien chez les femmes que chez les hommes, chez les enfants que chez les adultes. Dans les 26 observations que nous avons pu étudier, la surdité était aussi souvent bilatérale qu'unilatérale; dans ce dernier cas, elle siège indifféremment à gauche ou à droite, contrairement à ce que pense Garnault; elle paraît affecter souvent, mais non constamment, le côté où le gonflement est le plus marqué. Cela d'ailleurs ne semble pas avoir d'importance, puisque le fait contraire peut se présenter.

La fièvre n'est jamais signalée d'une façon spéciale au moment de la complication.

On note rarement l'existence simultanée de la surdité et d'autres localisations de la maladie; dans les faits que nous possédons, une seule fois il y eut coïncidence d'une orchite survenue 4 jours après la surdité du même côté que les oreillons (Noyes). D'après Garnault, les phénomènes testiculaires manquent rarement quand l'oreille est prise; nous ne savons sur quelles observations s'est appuyé cet auteur.

Enfin il ne semble pas que les cas d'oreillons, qui se sont compliqués de surdité, aient offert une gravité propre exceptionnelle. Le gonflement parotidien est assez souvent volumineux, et quelquefois douloureux.

Un point plus intéressant est celui de la date d'apparition de la surdité, mais là encore, pas de règle fixe. Habituellement l'accident survient de bonne heure, du premier au troisième jour après le début des oreillons

dans un certain nombre de cas, d'autres fois vers le sixième ou le septième jour. Rarement la surdité apparaît à la période de déclin de la maladie, vers le quinzième jour (Kipp, Moure), plus rarement encore, elle précède l'apparition de l'oreillon lui-même, ou coïncide avec lui, comme dans le cas de Lannois et Lemoine. Enfin, il ne nous semble pas impossible que dans certains cas la surdité constitue toute la maladie, en l'absence de localisation parotidienne.

La marche de la surdité est toujours très rapide, parfois brusque. En quelques instants, sans phénomènes subjectifs, presque sans s'en apercevoir, le malade devient sourd pour toute la vie; d'autres fois, l'ouïe baisse peu à peu, et en deux ou trois jours la cophose est constituée. D'autres fois encore, d'incomplète au début, elle devient absolue en un laps de temps plus ou moins long; dans le cas de Seligsohn, elle mit deux mois à devenir totale.

Le mode d'apparition de la surdité offre également des variations nombreuses. La surdité peut survenir d'emblée, accompagnée de phénomènes purement subjectifs; plus souvent, elle s'accompagne d'un syndrome plus ou moins grave rappelant la maladie de Ménière. Nous pouvons donc considérer deux modes principaux dans l'apparition de la surdité.

Dans une première série de cas, il peut arriver que la perte de l'ouïe survienne seule, sournoisement, sans attirer l'attention des enfants ni des parents, qui ne s'en aperçoivent que plusieurs jours après. Ni douleur ni bourdonnement, ni otorrhée, la surdité constitue à elle seule toute la complication. Cette forme silencieuse

peut être considérée comme rare ; d'après Gallavardin, on la rencontrerait dans une observation de Kipp ; on la trouve dans deux observations de Ménière ; Calmettes en a aussi donné un exemple. Ce fut également le cas dans la première observation qui nous a été communiquée par M. Lannois.

Les cas accompagnés de symptômes subjectifs, douleur, sifflements, bourdonnements, sont beaucoup plus fréquents. Ces phénomènes peuvent être peu prononcés et servir seulement à faire remarquer une surdité qui sans eux pourrait passer inaperçue ; ils peuvent au contraire acquérir assez d'intensité pour rendre le sommeil et le repos impossibles, et conduire le malade à l'hypochondrie ; la perte de l'ouïe peut ainsi, au début des accidents, rester masquée et ne pas attirer l'attention, ou bien être rapportée à la présence de ces bruits qui seuls préoccupent le malade.

Les bourdonnements peuvent être le seul symptôme qui accompagne la surdité ; nous en donnons ici deux exemples.

OBSERVATION I

(Inédite due à M. LANNOIS)

M. X., âgé de 18 ans, vient consulter au mois de juin 1891. A 8 ans, il a eu les oreillons, surtout marqués du côté droit, et c'est très peu de temps après qu'il s'est aperçu qu'il n'entendait pas de l'oreille droite. La surdité est complète de ce côté ; il n'entend ni la parole, ni la montre, ni l'acoumètre. Il a de temps à autre un peu de bourdonnements sans importance, et n'a jamais eu de vertiges. Les diapasons sont nettement latéralisés à gauche (c'est-à-dire du côté sain). Rinne négatif à droite. L'oreille gauche est normale et très

bonne. Le tympan est un peu gris avec le manche enfoncé et le triangle presque effacé, mais il est bon d'ajouter que l'oreille gauche présente un aspect identique. Différents traitements ont été essayés, notamment par M. Joly, qui a fait une quinzaine de fois des instillations d'un liquide dans la trompe au moyen du cathéter.

Le cathétérisme simple longtemps prolongé n'a amené aucun résultat.

OBSERVATION II

(Inédite due à M. LANNOIS)

M. V. 12 ans et demi, n'a été vu qu'une fois le 8 avril 1896. Il entendait bien lorsqu'à la fin du mois de septembre dernier il prit les ourles au cours d'une épidémie qui régnait dans tout le pays environnant son village. Il n'a d'ailleurs été que très peu malade.

Le 4^e jour, il se plaignit d'avoir des bourdonnements dans l'oreille gauche et on s'aperçut qu'il n'entendait plus de cette oreille. A aucun moment il n'eut de vertiges.

Depuis lors son oreille gauche est restée totalement sourde. Il n'entend rien par transmission aérienne. Si on lui met la montre, l'acoumètre le Politzer, les diapasons ut₃ et la₃, sur l'apophyse mastoïde gauche, il dit les percevoir, mais c'est très certainement par l'oreille droite. — L'audition est absolument normale à droite.

Le tympan gauche est sans lésions, peut-être seulement un peu plus gris que le droit.

Les auteurs nous donnent généralement peu de détails sur la nature des bruits subjectifs; le plus souvent ils se contentent de noter des bourdonnements. Quelques observateurs cependant sont plus explicites: le malade de Brünner croit entendre le murmure d'un ruisseau; Seitz constate des tintements et des sons

métalliques; d'autres fois les malades comparent ce qu'ils entendent à des bruissements, au bruit que ferait une cascade dans le lointain (2^e observation de Dasque), à celui d'une rivière, d'une coquille de mer, au bouillonnement d'une chaudière et à un échappement de vapeur (obs. III, IV et V). Au total, rien qui soit spécial à la surdité ourlienne.

Les sifflements ne sont notés que dans deux cas, (Seitz, Lannois et Lemoine); leur constatation est importante, les sifflements étant plus fréquents dans les affections de l'oreille interne que dans celles de l'oreille moyenne.

A quelle période de la maladie note-t-on l'apparition de ces bruits? Dans douze observations, où sont signalés les bourdonnements, avec l'époque à laquelle ils sont survenus, nous voyons que deux fois ils ont suivi la surdité, soit à très court intervalle (Moure), soit de quelques jours (Obs. V); quatre fois ils ont débuté en même temps qu'elle (Bück, Seitz, Dasque, Obs. IV); dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans plus de la moitié, ils l'ont précédée d'un jour (Bück, Burkner) ou davantage (Noyes, Brünner, Lannois et Lemoine); dans l'observation de Lannois et Lemoine, les bourdonnements ont même devancé, accompagnés de douleurs vives dans la tête et l'oreille, l'apparition de la fluxion parotidienne. Cette dernière date est intéressante à constater, comme le font remarquer MM. Lannois et Lemoine, au point de vue de l'opinion qu'on peut se faire sur la nature de la complication auriculaire. Elle est incompatible en effet avec cette hypothèse, qu'ont soutenue plusieurs auteurs, d'une propagation à l'oreille

de l'inflammation parotidienne: celle-ci n'existant pas encore, dans le cas particulier, ne pouvait naturellement pas se transmettre.

Les bruits subjectifs sont d'autant plus fâcheux que très souvent ils persistent, sinon d'une façon indéfinie, au moins très longtemps. Le traitement ne semble pas avoir beaucoup de prise sur eux. Dans deux observations seulement sur quatorze, on note leur disparition; la guérison, dans le cas de Lemoine et Lannois, est attribuée au traitement employé et à l'envoi du malade aux eaux de Barèges; le malade de Seitz fut traité sans succès par les courants continus, et les tintements d'oreille disparurent progressivement d'eux-mêmes.

Plus souvent, on note une simple diminution dans l'intensité des bruits perçus; d'abord très violents, les bourdonnements se calment bientôt et deviennent plus supportables, mais sans cesser définitivement. Cette légère amélioration ne survient parfois qu'au bout de longues années, comme dans une observation de Fournié, dont le malade ne ressent plus de bourdonnements que par intervalles, sept ans après le début des oreillons.

Dans la plupart des cas, les bruits subjectifs persistent indéfiniment, sans modifications, empoisonnant la vie du malade, ne lui laissant aucun repos, devenant plus gênants pour lui que la surdité elle-même. Cette gravité n'est heureusement pas la règle; souvent les bruits restent légers tout en demeurant continus, d'autres fois ils n'apparaissent plus que par intervalles (Obs. I). Mais les malades revus longtemps après le début de leur affection, continuent à souffrir de leurs

bourdonnements : deux ans (Dasque), trois ans (Haslon) après les oreillons ; enfin nous avons déjà cité le cas de Fournié, où le malade n'était pas encore guéri au bout de sept ans !

Les observations III, IV et V sont des exemples de la persistance de ces symptômes, à des degrés différents.

OBSERVATION III

(Inédite, due à M. LANNOIS.)

Mlle Marthe M. . . , 6 ans et demi, de Roanne, se présente pour la première fois le 25 février 1895. Aucun antécédent de surdité dans la famille. Elle ne s'enrhume pas du cerveau. Cette enfant a eu la jaunisse à trois ans, à la suite d'une frayeur. Il y a treize mois, elle a eu les oreillons, qui n'ont duré que quatre à cinq jours ; il y avait à ce moment une épidémie à la petite école qu'elle fréquentait. C'est peu de temps après qu'on s'aperçut que l'enfant était sourde de l'oreille droite, et l'attention fut appelée de ce côté, parce qu'elle se plaignait d'avoir beaucoup plus souvent des maux de tête et de ce que « la tête lui tournait ». Elle fut alors montrée au Dr Talichet ; le père s'était aperçu en même temps qu'elle n'entendait pas quand on lui parlait du côté droit, et il se rendit compte lui-même à plusieurs reprises que l'enfant ne percevait pas la montre, même au contact le plus intime, excepté si on l'appliquait sur l'apophyse mastoïde. A l'examen des oreilles, on constate que les deux tympanes ont un aspect blanc-grisâtre, paraissent un peu épaissis en arrière, et que le triangle lumineux est un peu flou, ce qui est la marque d'un certain degré d'otite moyenne catarrhale. L'enfant n'entend aucunement la montre du côté droit, mais elle entend celle de son père appliquée fortement sur l'apophyse mastoïde. L'oreille gauche entend à 25 centimètres une montre qui, normalement, est perçue à 60 ou 80 centimètres. Après l'insufflation d'air par la poire de Politzer et le massage, l'audition monte à 40 cen-

timètres. Dans l'expérience de Weber, les diapasons ut⁴ et ré^a sont latéralisés du côté gauche; l'enfant les perçoit cependant à droite, lorsqu'ils sont placés sur l'apophyse mastoïde droite. L'expérience de Rinne, négative à droite, est positive à gauche. L'enfant se plaint d'avoir des maux de tête fréquents, et d'avoir un léger bourdonnement, qu'elle compare au bruit d'une coquille de mer. Enfin, si on l'interroge avec soin, il semble qu'elle ait de petits vertiges très brusques et très passagers, sans nausées ni vomissements. En raison de l'état de l'oreille gauche, on prescrit au père de faire l'insufflation d'air avec la poire de Politzer, et on donne de l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 50 par jour.

L'enfant a été revue le 16 avril de la même année, il a semblé à ce moment qu'elle entendait la montre au contact osseux par l'oreille droite. L'amélioration obtenue à gauche persistait. Enfin, elle s'est présentée une dernière fois au mois d'avril 1897 et son état ne s'était aucunement modifié. On a noté à cette date : 0 pour l'oreille droite, 45 pour l'oreille gauche.

L'enfant continue à se plaindre de maux de tête, de bourdonnements et de vertiges.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à M. LANNOIS.)

Mlle Antoinette S..., 20 ans, de Chamagnieu (Isère), est adressée par le Dr Domec. Elle est totalement sourde, et on ne peut communiquer avec elle qu'au moyen de l'écriture. Sa sœur, qui l'accompagne, raconte qu'au mois de janvier de cette année, elle était partie pour Paris, placée comme domestique. Dans la maison où elle était, les enfants furent atteints d'oreillons, et elle-même en fut prise à son tour (février 1894). Elle eut un gonflement bilatéral très marqué, de la fièvre, et un état général assez sérieux. Entre le 2^e et le 3^e jour, elle devint brusquement et totalement sourde, avec des bourdonnements très intenses qu'elle compare à un bouillonnement

de chaudière et à un échappement de vapeur. Elle prétend qu'auparavant elle avait une audition très normale et n'avait jamais présenté d'accidents du côté des oreilles. Lorsqu'elle essaya de se lever au bout de 4 ou 5 jours, elle se trouvait dans un état de vertige continu, sans cependant qu'il paraisse y avoir eu de grands accès de vertige. Tous ces phénomènes ont persisté depuis cette époque sans aucune modification.

Elle n'entend ni la montre, ni l'acoumètre, ni les diapasons, sauf peut-être le *la* quand il est placé sur l'apophyse mastoïde droite. Peut-être même ne s'agit-il que de la vibration physique plutôt que de la vibration sonore. On ne peut se faire entendre d'elle, même en se servant des cornets. Elle se plaint d'avoir toujours son bourdonnement qui est très intense, la fatigue beaucoup, et l'empêche de dormir. Elle ne peut pas travailler aux champs, à cause de ces sensations de vertige, qui ne paraissent pas très intenses mais sont continus et l'empêchent de travailler à la terre, de tourner trop brusquement la tête, etc. On ne constate absolument rien du côté de l'oreille moyenne, sauf un léger épaissement en arrière du manche. Elle n'est aucunement modifiée du reste par le cathétérisme.

Cette malade n'a pas été revue.

OBSERVATION V

(Inédite, due à M. LANNOIS.)

Mlle V..., 23 ans, couturière, se présente le 5 juillet 1893. Elle a eu les oreillons des deux côtés, le 16 avril, assez légers pour ne pas l'empêcher de travailler le lendemain. Dans la nuit du 16 au 17 elle s'aperçut qu'elle était sourde de l'oreille gauche, sans bourdonnement ni vertige.

Le 20 avril, alors que la tuméfaction des parotides avait presque complètement disparu, elle eut mal à la tête toute la journée; le soir apparut dans la tête, à gauche, un peu au-dessus de l'oreille, un bruit subjectif qu'elle compare à un vagissement ou à un bruit de rivière, en même temps elle avait des nausées.

Au milieu de la nuit, vomissements abondants et répétés avec vertige intense dès qu'elle voulait bouger.

Pendant douze jours elle resta au lit, dans l'impossibilité de se soulever de l'oreiller. Le 2 mai, cependant elle put se remettre à travailler en ayant soin de se tenir bien droite et immobile, tout mouvement de tête un peu brusque faisant tout tourner autour d'elle et ramenant les vomissements. Cet état dura un mois et alla en diminuant progressivement. On était obligé de la conduire par le bras lorsqu'elle voulait sortir, car elle titubait comme une personne ivre.

Actuellement la surdité est absolue à gauche, elle n'entend ni la parole, ni la montre, ni l'acoumètre de Politzer, ni les diapasons (ut, et ré₃). Le diapason vertex est latéralisé à droite; toutefois il est perçu à gauche dès qu'on le déplace un peu de ce côté.

La malade dit avoir un bourdonnement à gauche, comme un bruit de coquille marine. Elle n'a plus de grands vertiges, mais de légers éblouissements faciles.

Le tympan est un peu gris, mais laisse voir l'enclume par transparence et en somme paraît sans lésion sérieuse.

Son médecin lui avait prescrit de l'iodure sans résultat. Le cathétérisme qui fut pratiqué deux fois comme essai n'amena non plus aucune modification.

Les bourdonnements sont souvent accompagnés de douleurs plus ou moins violentes, parfois étendues à toute la tête, mais que le malade localise ordinairement dans le fond de l'oreille atteinte. Ces douleurs sont très passagères, et ne tardent pas à disparaître. Cependant nous trouvons la persistance des maux de tête dans l'observation III; dans le cas rapporté par Jollye (obs. XV), les douleurs furent amendées, en même temps que les vertiges, par l'usage de la poire de Politzer. Ces maux de tête, surtout s'ils s'accompagnent de vertiges,

vomissements, etc., pourraient faire craindre l'invasion d'une affection méningitique ; la marche des accidents ne tarde pas à venir changer le pronostic.

Les douleurs ne semblent avoir qu'un rapport très indirect avec la lésion qui produit la surdité (les affections de l'oreille interne sont rarement douloureuses) ; elles se rencontrent fréquemment en dehors de toute complication auriculaire ; Comby nous a laissé à ce sujet plusieurs observations intéressantes.

Le deuxième mode d'apparition de la surdité est plus intéressant que le précédent. Outre ses allures plus tapageuses, il a un pronostic plus grave : non pas au point de vue de la cophose elle-même, qui, nous le verrons, est tout aussi incurable dans les deux cas, mais à cause de la persistance possible des phénomènes qui l'accompagnent.

Ces phénomènes sont de plusieurs ordres : outre des bourdonnements plus ou moins intenses, on observe des vertiges, troubles de l'équilibre, nausées, vomissements, qui peuvent s'accompagner ou exister isolément, et dont l'ensemble rappelle tout à fait le syndrome de Ménière. Ces symptômes se présentent à peu près dans la moitié des cas ; ils sont presque constamment accompagnés de bourdonnements, quelquefois de douleurs.

Les vertiges constituent le symptôme le plus fréquent (13 fois sur 28 observations) ; ils offrent tous les degrés, depuis le simple trouble de l'équilibre dans la position debout, jusqu'à l'impossibilité absolue de la marche, avec mouvements giratoires et titubations de l'ivresse.

Dans certains cas, l'état de vertige est continu (obs. IV); plus souvent, il augmente dans la station debout et la marche; enfin il peut se présenter par accès, parfois très passagers, comme on en trouve un exemple dans notre observation III.

Rarement les vertiges commencent avant l'établissement de la surdité; en général, ils apparaissent en même temps que celle-ci, ou quelques jours après.

La gravité des vertiges consiste moins dans l'état actuel, assurément désagréable, où ils jettent le malade qui en est atteint, que dans leur persistance possible, parfois indéfinie. Heureusement, les cas où cette durée prolongée se rencontre ne sont pas les plus nombreux: nous l'avons relevé 5 fois sur 12 observations; dans l'observation III, les vertiges, maux de tête et bourdonnements existaient encore sans changement deux ans après le début de l'affection.

Le plus souvent, les vertiges disparaissent avec rapidité, en quelques heures ou quelques jours; dans la plupart des autres cas, ils s'améliorent progressivement de façon à n'être plus gênants pour le malade. En outre, ils cèdent souvent à un traitement bien dirigé.

Les nausées et vomissements sont une complication plus rare (6 cas sur 23 observations; 4 fois seulement des vomissements). Nous n'avons pas ici en vue les symptômes d'embarras gastrique, souvent signalés au début ou dans le cours des oreillons; mais seulement ceux qui s'accompagnent de vertiges, bourdonnements, surdité, et se présentent avec les caractères qu'ils affectent dans le syndrome de Ménière, en dehors de tout état défectueux du système digestif. Dans certains

cas très rares, leur persistance entraîne un amaigrissement remarquable et un mauvais état général ; l'observation de Noyes en est un exemple.

OBSERVATION VI

Noyes : Case of Ménière Disease following Parotitis (*Transact. of the Americ. otological Society*, 1879, vol. II, part. 3, p. 342).

(In Fournié, *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 1885.)

Le Dr A.-J. B..., âgé de 38 ans, du comté de Herkimer, à New-York, vint en avril 1878, me conter l'histoire suivante :

Juste un mois auparavant, il avait eu une inflammation aiguë des parotides sans en éprouver toutefois de grandes douleurs, ni dans les oreilles, ni dans les glandes atteintes. Vers le 7^e ou 8^e jour de la maladie, son pouls tomba à 50 pulsations par minute et il éprouva des vertiges, mais cependant sans maux de tête. L'estomac devint en même temps tout à fait capricieux : il avait à tout instant des nausées et vomissait au moindre mouvement. Il gardait difficilement les aliments même les plus légers et se croyait, par suite, atteint d'un fort embarras gastrique. Les facultés cérébrales étaient non seulement très nettes, mais encore très surexcitées.

Environ à la même époque, quoiqu'un peu plus tard, il commença à avoir des bourdonnements dans l'oreille droite, puis la perte de l'ouïe devint absolue au bout de deux à trois jours.

Au 12^e jour de la maladie, le testicule droit s'enflamma, et cet accident coïncida avec ceux de l'oreille et de la tête. L'orchite dura une semaine.

Le patient avait des nausées depuis près de trois semaines, et pendant les dernières semaines, il avait des vertiges constants. Il maigrit de 18 livres. Depuis longtemps, il ne pouvait plus dormir et prenait de fortes doses de morphine et de bromure. Quand il sortait, il se trouvait tout étourdi et avait, par moments, des difficultés à marcher.

Il vint me voir au moment où il était devenu sourd de l'oreille droite. A l'examen, je constatai que l'oreille droite était insensible à toute espèce de sons, et que les vibrations du diapason placé entre les dents ou sur le front n'étaient pas perçues. La membrane du tympan était légèrement injectée à la partie supérieure, mais, pour ainsi dire, normale. La pression de l'aphophyse mastoïde ne témoignait d'aucun ramollissement.

Les particularités les plus intéressantes de ce cas ont été fournies par l'étude de la station et de la locomotion du patient au point de vue de l'équilibre. Si on lui demandait de traverser la chambre les yeux fermés, il déviait invariablement vers la gauche et menaçait de tomber. Avec les pieds réunis, il ne pouvait pas rester debout les yeux fermés : il chancelait et serait certainement tombé.

Ces phénomènes avaient causé une très grande surprise au patient ; ils se reproduisirent lors de sa présentation à la Société de New-York, mettant en évidence une fois de plus les efforts qu'il faisait pour se contraindre lui-même.

Cette gravité et cette persistance des symptômes ne sont, heureusement, pas la règle ; le plus souvent, les vomissements cessent après quelques heures ou quelques jours.

Dans l'observation précédente, nous voyons les vomissements se renouveler à chaque mouvement du malade, ce qui indique bien qu'ils sont liés au vertige, et indépendants de toute lésion digestive. Il en était de même chez une des malades de M. Lannois (obs. V).

Comme on le voit par l'étude successive de ces divers accidents, la surdité s'accompagne souvent d'un syndrome qui est absolument celui de la maladie de Ménière : vertiges, nausées et vomissements, bourdonnements persistants, perte de l'ouïe.

Cette forme grave d'apparition de la surdité semble rare chez les enfants ; cela tient, sans doute, comme l'a montré M. Lannois (*Lyon Médical*, 1893), à la plus grande facilité des communications entre le labyrinthe et la cavité dure-mérienne ; la compression labyrinthique, à laquelle sont dus les vertiges et les vomissements, est ainsi évitée. Les observations de Calmettes et de Moure, nos deux observations I et II, les 4 cas apportés par Ménière en 1888, cas de surdité ourlienne survenus chez des enfants, montrent l'absence totale de nausées et de vertiges.

Nous arrivons enfin au symptôme le plus intéressant, nous voulons parler de la surdité elle-même, et c'est, cependant, celui qui nous arrêtera le moins longtemps. C'est, qu'en effet, ses caractères varient peu dans les différents cas. Nous avons vu qu'elle s'établissait généralement très vite : une fois installée, elle est définitive dans la plupart des cas. Si elle survient dans le jeune âge, elle peut même entraîner une mutité consécutive (Moos). Dans certains cas très rares, que nous étudierons plus loin, l'audition redevient normale. Plus souvent, la surdité d'abord absolue, s'améliore légèrement dans la suite ; les observations de Seitz et de Fournié en sont des exemples. Dans la première de ces observations, le malade d'abord absolument sourd commençait, longtemps après, à entendre les vibrations des diapasons C⁴ et C⁵. Dans le cas de Fournié, l'amélioration avait été amenée par le traitement électrique, mais elle ne s'était pas maintenue.

La plupart des observations présentent la surdité comme totale d'emblée, ou après un temps très court ;

dans quelques cas, cependant, on constatait, pour ainsi dire, des lacunes dans la perte de l'ouïe, l'audition restant apte à percevoir les bruits très forts, ou persistant pour certains sons à l'exclusion des autres.

Examen de l'audition. — Les nombreux observateurs qui ont eu l'occasion de constater la surdité ourlienne, ont naturellement songé aussitôt à faire l'examen de l'audition du malade. Les résultats de ces recherches sont à peu près les mêmes dans toutes les observations.

Dans la plupart des cas, comme nous l'avons déjà vu, la surdité aérienne est totale ou à peu près. La perception par la voie osseuse, d'après Gallavardin, serait toujours supprimée; cependant, nous avons constaté plusieurs fois un reste de perception osseuse, la montre étant appliquée sur la mastoïde (Obs. III, Obs. IV, Haslon), ou sur le côté du vertex (Moos). Dans l'observation de Burckner, la perte de l'audition par les os, incomplète au moment d'un premier examen, était devenue totale dix jours plus tard. La surdité osseuse peut ne pas exister pour certains sons; Moos signale une conservation de l'ouïe pour les diapasons C et C' dans un cas (sons graves), ut² et ut³ dans une autre observation. Notre malade de l'observation III, percevait les diapasons ut et ré³ sur l'apophyse mastoïde du côté malade et celle de l'observation V, qui avait un Weber positif à droite, latéralisait cependant le diapason (ut et ré³), du côté gauche malade, dès que le diapason était déplacé sur le front de ce côté. Ces faits indiquent que très probablement quelques cellules de l'organe de Corti avaient échappé à la destruction.

De même Dasque a noté une persistance de la percep-

tion crânienne du côté atteint ; il ajoute, d'ailleurs, un peu plus loin, qu'il y a eu là une affection de l'oreille moyenne ; son diagnostic de lésion labyrinthique n'est basé que sur la coexistence des symptômes de la maladie de Ménière.

Tous les autres auteurs ont trouvé la perception crânienne complètement abolie.

L'épreuve de Weber a été faite dans presque tous les cas, et chaque fois le diapason a été mieux entendu du côté sain. Cette constatation a une grande importance au point de vue du diagnostic du siège de la lésion. Dans les cas de surdité double, le diapason vertex n'était naturellement perçu d'aucun côté. Le malade de Seitz, sourd de l'oreille droite à la suite des oreillons, entendait aussi bien le Weber des deux côtés ; mais l'ouïe à droite n'était pas complètement abolie, et le même individu avait eu autrefois une otite moyenne catarrhale du côté gauche.

Quant à l'épreuve de Rinne, elle ne peut donner de résultat positif, l'oreille étant complètement sourde. Cette expérience donne d'ailleurs des résultats très inconstants, et n'a de valeur que lorsqu'il subsiste un reste de perception aérienne.

Enfin, une dernière épreuve intéressante au point de vue du siège de la lésion, est celle de Gellé, qui d'ailleurs paraît être le seul à l'avoir pratiquée dans le cas qui nous occupe.

L'examen objectif de l'oreille, presque toujours pratiqué, n'a jamais permis de constater de lésions de l'oreille externe ou moyenne imputables aux oreillons.

En effet, les changements du côté de la membrane du

tympan, très fréquents d'ailleurs, ne peuvent se rapporter à l'affection actuelle. Dans un grand nombre d'observations, on a noté soit une coloration grise ou blanchâtre de la membrane, soit une certaine diminution du reflet lumineux. Ces signes doivent être attribués le plus souvent, à un ancien catarrhe de l'oreille moyenne.

Obs. I. — Tympan un peu gris, manche enfoncé et triangle presque effacé, — l'oreille gauche (saine) présente un aspect identique.

Obs. III. — Aspect blanc, — grisâtre, avec épaissement du tympan en arrière, triangle lumineux un peu flou.

Obs. IV. — Léger épaissement en arrière du manche.

Moos: Signes de sclérose double du tympan (déjà constatés précédemment).

Dasque: Tympan un peu déprimé.

Dasque: Tympan déprimé et terne.

Moos: Tympan plus terne que normalement, à droite, et plus concave à gauche qu'à droite (surdité double).

Seitz (surdité droite): tympan droit épaissi, blanchâtre, légèrement enfoncé, triangle lumineux très net. A gauche, signes évidents d'un ancien catarrhe de l'oreille moyenne.

Moure (surdité double): tympan gauche un peu déprimé.

Lemoine et Lannois: moitié antérieure du triangle lumineux peu visible (dépression).

Bück: tympan un peu concave.

Noyes : membrane tympanale légèrement injectée du côté supérieur, normale pour le reste.

Fournié : épaissement léger du tympan.

Dans 10 observations seulement sur 26, le tympan est absolument normal ; dans les 6 dernières, on ne signale pas les résultats de l'examen de la membrane ; mais dans la grande majorité des cas, des signes sont constatés, permettant d'affirmer l'existence antérieure, soit d'un catarrhe de l'oreille moyenne, soit plus souvent d'une sclérose de la caisse.

Ces symptômes objectifs, peu importants en eux-mêmes puisque la plupart du temps ils n'avaient pas attiré l'attention du malade ni nécessité d'examen de l'oreille, doivent cependant posséder une signification ; le chiffre relativement élevé de 13 sur 26 n'est pas l'effet d'une coïncidence. Pour nous, il est certain que la surdité ourlienne s'attaque rarement à des sujets absolument normaux du côté des oreilles, mais de préférence à ceux qui ont déjà présenté des affections auriculaires (Obs. de Lannois, Moos, Gellé, Seitz), ou de minimes lésions faisant de l'oreille un *locus minoris resistentiæ*.

Connor et Minor avaient déjà émis cette idée que peut-être l'otite moyenne légère précède et favorise l'apparition des lésions de l'oreille interne.

N'est-il pas habituel de voir les localisations des maladies infectieuses affecter de préférence les organes prédisposés par leur mauvaise nutrition ou par une affection antérieure ?

Le cathétérisme des trompes d'Eustache, pratiqué dans un but de diagnostic et de traitement, a montré,

chaque fois, qu'elles étaient absolument libres ; dans une seule observation (Bück), le passage de l'air était difficile ; en même temps le pharynx était un peu gonflé ; mais cette obstruction relative céda rapidement au cathétérisme, sans bénéfice du côté de l'ouïe.

Quel est le siège de la lésion qui produit ces phénomènes ? Les données de l'anatomie pathologique sont bien incomplètes, puisqu'une seule autopsie a été faite, c'est celle de Toynbee, qui trouva une hémorragie labyrinthique (1). En dehors de ce témoignage positif, mais insuffisant, un grand nombre de faits sont là pour appuyer l'idée d'une lésion de l'oreille interne.

L'examen de l'oreille externe, du tympan, de la caisse nous a prouvé que ces organes ne présentaient jamais aucune lésion capable d'expliquer l'affection actuelle. Les modifications de la membrane du tympan nous indiquent un état antérieur défectueux de l'oreille moyenne, les signes d'un ancien catarrhe, affections incapables de produire brusquement une surdité complète, avec les symptômes que nous avons étudiés.

D'autre part l'absence constante de perte de connaissance, de mouvements convulsifs, de troubles intellectuels, éloigne l'idée d'une lésion encéphalique. En procédant par exclusion, nous sommes donc ramenés à l'idée d'un trouble labyrinthique. L'étude des différents symptômes que nous avons relevés, ne peut que nous confirmer dans cette opinion.

Chacun d'eux pris en particulier peut reconnaître d'autres causes qu'une otite interne. La douleur se ren-

(1) *Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Victor Urbanitschsch*, p. 474.

contre dans toutes les affections de l'oreille et d'ailleurs n'offre pas dans nos observations de caractères spéciaux. Les bourdonnements sont très fréquents dans le cas de corps étrangers du conduit auditif, d'enfoncement général du tympan résultant d'une obstruction tubaire ou consécutif à une otite moyenne suivie d'adhérences. Les affections de la caisse, mais surtout l'otite scléreuse sont des causes de bourdonnements intenses et persistants. Or nous avons remarqué la fréquence de l'enfoncement de la membrane tympanique et sa couleur blanche, signe de sclérose, mais nous avons vu aussi que ces symptômes existaient bien avant les oreillons, sans s'accompagner de bruits subjectifs; ceux-ci ne s'étaient montrés, en même temps que la surdité, qu'avec la maladie ourlienne.

Nous pourrions reprendre le même raisonnement pour les vertiges, qui sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents dans les affections du labyrinthe, que dans celles de la caisse ou de l'oreille externe.

Un symptôme bien plus probant est la perte de la conduction des sons par le crâne; nous avons relevé ce phénomène dans le plus grand nombre des observations; dans les autres la perception crânienne existait très imparfaite, indiquant seulement l'existence d'une lésion labyrinthique incomplète. Ce symptôme se montre aussi bien dans les formes, où la surdité constitue toute la complication, que dans celles qui s'accompagnent de vertiges, bruits subjectifs, etc.

Les résultats toujours négatifs de l'épreuve de Weber, toutes les fois qu'elle a été pratiquée, sont également concluants.

Si tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le siège de la lésion est dans le labyrinthe, les divergences commencent quand il s'agit d'expliquer la nature de cette lésion. Toynbee, nous l'avons vu, avait trouvé une hémorrhagie du labyrinthe chez un malade mort d'oreillons; mais cette observation unique, sans autres détails, est insuffisante pour affirmer que ce même accident doit se retrouver nécessairement dans l'étiologie de la surdité ourlienne.

Les résultats de l'étude des symptômes concordant parfaitement avec ce témoignage de l'anatomie pathologique, la plupart des auteurs se sont ralliés à cette idée d'un épanchement dans la cavité labyrinthique.

Bück, en apportant les deux premières observations de surdité ourlienne, émit le premier cette opinion : épanchement hémorrhagique ou inflammatoire du limaçon, avec (pour le second cas) épanchement consécutif dans le vestibule ou les canaux demi-circulaires ; cherchant à expliquer ainsi la présence de vertiges et de troubles de l'équilibre survenus chez le second malade.

Brünner admit la même hypothèse, apportant à l'appui de son opinion une remarque intéressante : l'analogie de cette perte subite de l'ouïe, accompagnée le plus souvent de vomissements et de vertiges, avec la maladie de Ménière et la maladie de Voltolini, affections mieux connues au point de vue anatomo-pathologique, et caractérisées précisément par un épanchement labyrinthique. Lemoine et Lannois acceptent ces conclusions ; ils font remarquer « que le pronostic est tout aussi grave que l'épanchement soit séreux ou hémorrhagique ; car la cage osseuse qui renferme les organes si délicats du

labyrinthe est inextensible, de telle sorte que ceux-ci sont comprimés avec la plus grande facilité. Si l'exsudat s'organise et subit la transformation fibreuse, l'organe de Corti s'atrophie comme le testicule dans les mêmes circonstances ».

Moos, Dreyfus-Brisac, Gellé, admettent la même théorie.

L'épanchement peut occuper tout le labyrinthe ou une partie seulement de sa cavité. Connor tendait à localiser les lésions aux canaux demi-circulaires, mais cette hypothèse, qui cherchait sans doute à donner la raison des vertiges, n'explique pas la perte de l'ouïe. Il est probable que, dans tous les cas de surdité, le limaçon est atteint; mais quelques-unes des fibres de l'organe de Corti peuvent échapper à la compression et à l'altération définitive. C'est de cette façon que Moos explique la persistance possible de certains sons. Dans un des cas rapportés par lui, « les filets nerveux avoisinant la fenêtre ronde avaient perdu leurs fonctions, soit par suite de la pression de l'exsudat, soit par atrophie, d'où la surdité pour les sons élevés, tandis que les filets nerveux situés plus haut et servant à la perception des sons moins élevés fonctionnaient encore, du moins par la voie osseuse. L'utricule n'était pas touché, aussi le tic-tac de la montre était-il perçu ».

En face de cette théorie, s'en est élevée une autre qui tend à ne voir dans la surdité ourlienne que le résultat d'une atrophie du nerf auditif. Sir John Roosa a le premier émis cette hypothèse; il admit que la surdité était due à névrite avec atrophie. Fournié se rallia à cette théorie; pour lui, « la notion de l'amaurose ourlienne

caractérisée par l'atrophie du nerf optique peut permettre d'attribuer à la surdité parotidienne un substratum moins nécessaire que la lésion signalée par Toynbee. Ce substratum est d'autant moins indispensable que les lésions auriculaires peuvent se présenter dans des cas d'oreillons bénins, même avant la détermination fluxionnaire qui pourrait servir de point de départ à l'hémorragie congestive du labyrinthe (cas de Lemoine et Lannois) ».

Ménière, tout en admettant la possibilité d'une affection labyrinthique, croit que le plus souvent il existe une hyperhémie méningée entraînant à sa suite des lésions graves du nerf auditif à ses origines ou dans son trajet. Il fait remarquer à ce propos, que dans une observation apportée par lui, l'enfant qui en est le sujet eut une fièvre intense pendant trois jours, et au troisième jour des douleurs de tête si violentes, que le médecin a cru un instant à des accidents méningitiques.

Cette théorie a pour elle sa simplicité séduisante, et l'analogie que Fournié suppose entre la lésion auriculaire et l'atrophie du nerf optique signalée par Talon (1) est un argument sérieux à l'appui de cette thèse. Mais cette hypothèse, si elle explique la surdité, ne rend pas compte des symptômes accessoires, bourdonnements et vertiges. En outre, la cécité ourlienne est un accident rare; une complication beaucoup plus fréquente, l'orchite, est bien connue anatomiquement; elle est caractérisée par une

(1) Talon. — Observation d'atrophie du nerf optique, consécutive à des oreillons. (*Archives de Médecine militaire*, 1883, t. I, p. 103.)

exsudation primitive, une atrophie consécutive. La parotidite ourlienne elle-même n'est-elle pas constituée par une infiltration œdémateuse de la glande ? Il est donc très naturel d'admettre pour toutes ces complications le même mécanisme. L'objection proposée par Fournié, à savoir l'apparition de la surdité avant la fluxion parotidienne, est facile à réfuter ; l'épanchement labyrinthique n'est pas nécessairement, comme semble le croire Fournié, sous la dépendance de l'exsudation parotidienne ; il n'est pas nécessaire, pour l'expliquer, d'invoquer le voisinage des deux organes ; l'apparition d'accidents similaires, dans un organe éloigné tel que le testicule, est une preuve du contraire.

Les théories pathogéniques de la surdité ourlienne devaient encore davantage se ressentir de cette contiguïté de l'oreille et de la parotide ; dès les premières observations de perte de l'audition consécutive aux oreillons, on devait chercher à l'expliquer par une lésion de voisinage.

Vogel (1) admet la transmission de l'inflammation depuis la parotide jusqu'à l'oreille moyenne ou interne par les vaisseaux ou les nerfs qui font communiquer les deux organes ; le nerf facial lui paraît particulièrement indiqué. Pendant son trajet dans l'aqueduc de Fallope, ce nerf est en rapport intime avec le premier tour de spire du limaçon, dont il n'est séparé que par une lamelle osseuse, habituellement très mince et qui pourrait même faire défaut. Bück accepte cette hypothèse.

(1) Vogel, *Ziemssen's Pathol.* Bd. VII, 1.

Burnett admet qu'il s'agit toujours d'un catarrhe de l'oreille moyenne; nous avons vu ce qu'il faut penser d'une telle interprétation.

Roosa (d'après Seligsohn) croit qu'il s'agit d'une métastase, comprenant par là une migration de l'agent morbifique, qui, de l'organe où il siègeait d'abord, se porte sur un autre; cette migration, selon lui, se fait par une circulation directe entre l'oreille moyenne et le limaçon; il invoque aussi les rapports anatomiques, indiqués par Politzer, entre les vaisseaux de l'oreille moyenne et les canaux semi-circulaires du labyrinthe; ces vaisseaux passent par les canaux osseux creusés dans la paroi externe de cette cavité. Roosa semble donc admettre que l'oreille moyenne est primitivement atteinte; cette théorie est par suite passible de la même objection que celle de Burnett.

Seligsohn, dans deux articles diffus et peu clairs, commence par comparer la surdité ourlienne à celle qui peut suivre les autres parotidites, la méningite cérébro-spinale, la maladie de Voltolini, enfin à la surdité consécutive à la syphilis héréditaire : perte de l'ouïe survenant rapidement, avec des douleurs violentes dans l'oreille, une démarche chancelante, une suppression précoce de la conduction osseuse; tels sont les symptômes de cette dernière affection. D'après lui, c'est encore la parotidite qui doit être incriminée dans ces cas; les processus inflammatoires étant très fréquents dans la syphilis, et capables de rendre manifeste une syphilis du labyrinthe latente jusque-là. Toutes les parotidites peuvent s'accompagner de symptômes semblables; quant à la voie de transmission de l'inflamma-

tion parotidienne à l'oreille, elle est encore inconnue, et Seligsohn ne se prononce pas.

Grüber, se basant sur la transmission facile de l'inflammation de l'oreille moyenne à la région parotidienne, en conclut qu'elle peut suivre le chemin opposé, et applique cette conclusion aux cas de surdité survenus à la suite des oreillons. « L'inflammation se transmet de la région parotidienne aux tissus de la profondeur de l'oreille, sans qu'il y ait perforation de la membrane du tympan... puisque l'écoulement manque tout à fait; les autres phénomènes, la dureté de l'ouïe, les douleurs, etc., peuvent trouver facilement leur explication dans les modifications objectives que cause l'inflammation primitive des formations de la région parotidienne. » La voie suivie par cette inflammation, c'est surtout pour Grüber la scissure de Glaser et les fentes qui se trouvent dans son prolongement; chez les enfants, il est même possible que le pus venant de la parotide contourne par sa face inférieure le conduit auditif externe, passe dans la mastoïde et de là dans l'oreille moyenne. Cette théorie repose sur deux faits inexacts : la formation de pus dans la parotide au cours des oreillons, et l'existence d'une otite moyenne purulente dans tous les cas de surdité ourlienne. Elle ne peut par conséquent s'appliquer aux cas que nous avons étudiés.

Nous ne pouvons donc admettre aucune des théories qui supposent une inflammation de l'oreille moyenne, dont la présence n'a été que très rarement constatée. Reste l'hypothèse d'une propagation de l'inflammation par le nerf facial. Mais, comme le fait remarquer Fournié, la sympathie entre l'oreille et la parotide étant

constante comme le trajet du facial lui-même, l'extrême rareté de la surdité en face des cas si nombreux de parotidite reste inexplicable. En outre, la surdité devrait accompagner de préférence les cas d'oreillons avec inflammation intense des parotides, ou siéger surtout du côté où le gonflement se trouve le plus accentué, rapports que nous avons trouvés très inconstants. La même théorie s'accorde mal avec les cas où les troubles auditifs se sont produits au début de la maladie, ou plusieurs jours après la guérison complète de la parotidite ; enfin, « la rapidité d'évolution de la surdité, en dehors parfois de tout autre phénomène morbide dans la sphère auditive, cadre difficilement avec l'hypothèse d'une inflammation propagée » (Dreyfus-Brisac).

Knapp et Moure ont invoqué une métastase, mot qui n'a plus grande signification pour nous aujourd'hui.

Moos rejette l'idée d'une complication locale ; comparant la lésion labyrinthique à l'orchite ourlienne, il croit que ces divers accidents succèdent à la stagnation, dans des organes à circulation compliquée tels que le labyrinthe et le testicule, de matières nuisibles charriées par le sang. Il s'agirait alors, soit d'une auto-infection secondaire, soit d'un exsudat séreux ou hémorragique par arrêt de la circulation. Brünner semble se rattacher à cette explication. Cette théorie a le tort de considérer les oreillons comme une maladie locale, ayant son siège dans la parotide ; elle ne s'accorde guère avec les cas fréquents où les accidents du côté du testicule ont précédé le gonflement de la parotide, ni avec ceux où les troubles labyrinthiques ont apparu avant les oreillons eux-mêmes (obs. de Lannois et Lemoine).

Il nous semble beaucoup plus simple d'admettre, ainsi que MM. Lannois et Lemoine l'ont fait les premiers, que la surdité ourlienne n'est que le résultat d'une localisation des oreillons, maladie générale et infectieuse.

La notion de la nature infectieuse des oreillons et leur analogie avec les fièvres éruptives avaient été signalées depuis longtemps. Trousseau l'avait déjà remarquée; Guéneau de Mussy apporta à l'appui de cette thèse la notion d'une coexistence fréquente d'un véritable énanthème sur les piliers, la voûte palatine, manifestation tégumentaire de la maladie, en tout comparable aux éruptions cutanée et muqueuse de la rougeole et de la scarlatine.

Assurément, nous ne connaissons pas encore le microbe des oreillons; le diplocoque de Laveran et Anthony, retrouvé par Catrin, le diplostreptocoque de Barbier, enfin les microbes vus par Capitan et Charrin (1881) puis par Ollivier (1885), dans le sang et la salive des malades, n'ont pas encore un rôle suffisamment établi par les recherches et l'expérimentation pour être considérés comme agents spécifiques de la maladie ourlienne. Mais d'autres faits sont là pour nous prouver la nature virulente de cette affection: Gautier et Human ont signalé des cas de contagion de la mère au fœtus; une fois l'enfant eut les oreillons dès le lendemain de sa naissance (quand l'incubation de la maladie est de 18 jours). La marche de la maladie, sa contagiosité, l'immunité qu'elle confère presque constamment, tendent aussi à la faire rentrer dans le groupe des fièvres éruptives.

Nous considérerons donc les oreillons comme une affection générale, produite par un agent encore inconnu mais capable d'exercer sa virulence sur un grand nombre d'organes. La parotide est sa localisation préférée et à peu près constante, le testicule vient ensuite; d'autres manifestations plus rares de la maladie sont la surdité, les accidents cérébraux et nerveux, les affections oculaires. Il s'agit bien là de localisations d'une maladie générale, et non des complications d'une maladie locale.

Quant à expliquer le mode d'action de cet agent, nous ne pouvons le faire, dans l'état actuel de nos connaissances. Faut-il voir dans la surdité le résultat d'une impression miasmatique directe des centres auditifs (Fournié), ou du nerf auditif lui-même (Catrin), par un agent doué d'une influence paralysigène (Eloy), ou l'expliquerons-nous par la tendance qu'offre la maladie ourlienne aux exsudats, pouvant se produire non seulement dans les glandes mais encore dans les organes des sens? Il nous est difficile de nous prononcer d'une façon absolue, mais nous nous rattacherions plus volontiers à cette seconde manière de voir.

CHAPITRE II

Surdité temporaire

Jusqu'au travail de Fournié, n'avaient été publiées que des observations de surdité totale, irrémédiable ou à peu près. Cependant, on peut rencontr  r dans le cours des oreillons, des cas, beaucoup plus rares d'ailleurs, de surdité temporaire, disparaissant spontanément après quelques jours.

Dreyfus-Brisac signala le premier la possibilité d'une guérison complète, spontanée, de la surdité consécutive aux oreillons ; il est à présumer, disait-il, que des faits de ce genre ne feront pas défaut quand on prendra soin d'examiner les fonctions auditives chez tous les malades, alors même qu'aucun phénomène subjectif n'attire l'attention de ce côté. C'est dans le travail de Fournié que parurent les observations annoncées par Dreyfus-Brisac. Fournié y ajoutait un cas personnel. Contrairement aux prédictions de Dreyfus, peu de nouveaux cas ont été publiés. D'après Gallavardin, « Tsakyroglouss, sir J. Roosa en signalent chacun un cas.

Thiry rapporte une observation très nette. Une fillette de 9 ans 1/2 fut prise au 8^e jour d'une dureté de l'ouïe, puis survinrent des vertiges, des sons de cloche, de la céphalée et une surdité absolue. Rien à l'examen de l'oreille. Amélioration progressive; 15 jours après elle entend des deux côtés la voix haute, sans distinguer les paroles. Dans la suite, disparition des bruits et des vertiges, et amélioration continue de l'ouïe. ».

Voici maintenant les observations de Fournié :

OBSERVATION VII

(Fournié : *Arch. de méd. et de phar. militaires*, 1885.)

K. D..., âgé de 8 ans. Au commencement du mois de mai dernier, atteinte bénigne d'oreillons contractée à l'école Monge ; peu de fièvre, pas de phénomènes généraux ; intumescence très accusée des deux régions parotidiennes. Guérison en 3 jours.

Quinze jours après, retour à l'école. Ce même jour, le garçon se plaint d'une très vive douleur dans l'oreille droite et d'un certain malaise. Les parents constatent immédiatement qu'il n'entend guère de cette oreille.

Examen le lendemain matin ; la nuit a été quelque peu troublée par la douleur d'oreille qui commence à se calmer. Pas de fièvre ; aucun phénomène morbide général ni local. L'ouïe est absolument abolie à droite ; l'enfant n'entend le bruit de la montre que lorsque celle-ci est appliquée à la région mastoïdienne. Aucun écoulement. Membrane du tympan intacte.

Dans la journée, la douleur disparaît ; la surdité s'atténue progressivement. Six jours après, l'enfant entend encore assez mal du côté droit. Huit jours après, guérison complète et définitive.

OBSERVATION VIII

(Fournié : *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1885.)

B... , âgé de huit ans, camarade du précédent. Pris d'oreillons un peu plus sévères dans les mêmes conditions et à la même époque. Deux jours avant D... , c'est-à-dire 10 à 12 jours après l'affection parotidienne, on constate que le jeune convalescent est atteint de surdité double incomplète, qui s'est produite sans autres phénomènes morbides et avec très peu de douleur et dont il est, par suite, impossible de fixer nettement l'époque d'apparition.

Huit jours après, la surdité persistait encore, mais elle était notablement diminuée.

Le jeune malade, parti sur ces entrefaites, n'a plus donné de ses nouvelles.

OBSERVATION IX

(Jourdan, épid. de Dax, *in* Fournié.)

Le 13 juin, 17^e jour du début de la maladie, le malade nous déclare qu'il éprouve une profonde douleur sous l'oreille droite et qu'il est absolument sourd de ce côté. L'examen de l'oreille ne révèle rien de particulier. Cette surdité disparaît graduellement au bout de quinze jours.

D'après l'observation, malheureusement incomplète, que Thiry nous a laissée, les symptômes de cette affection rappellent tout à fait ceux de la surdité définitive. Dans les cas rapportés par Fournié, au contraire, la perte de l'ouïe ne s'était accompagnée d'aucun autre trouble qu'une douleur plus ou moins vive, mais on ne signalait ni vertiges ni bourdonnements ; il est vrai que dans deux cas, il s'agissait de jeunes sujets. En outre, la perception crânienne était conservée.

L'examen de l'oreille, comme dans la surdité défini-

tive, ne présente pas de lésion capable d'expliquer l'affection actuelle.

Une autre particularité, signalée par Fournié, consiste dans l'apparition tardive de la surdité, 8 jours après le début des oreillons dans le cas de Thiry, de 12 à 17 jours dans les observations de Jourdan et de Dreyfus-Brisac ; il s'agirait donc d'un accident de la convalescence.

Ce début retardé, ainsi que l'absence fréquente de symptômes concomitants, sont-ils suffisants pour faire de cette affection autre chose qu'un mode spécial de la surdité ourlienne ? Nous ne le croyons pas ; il nous semble qu'il s'agit là simplement d'une congestion passagère du labyrinthe, ou peut-être d'un exsudat rapidement résorbé, par analogie avec ce qui se passe dans les cas de surdité définitive. Mais, là encore, aucune observation anatomo-pathologique n'existe pour démontrer le bien fondé de cette explication, que nous ne considérons que comme une simple hypothèse.

Nos connaissances sur la surdité temporaire sont donc bien incomplètes. « Quoi qu'il en soit, dit Fournié, cette notion est bonne à connaître pour l'atténuation d'un pronostic qui, malheureusement, se présente le plus souvent sous les plus mauvais auspices. »

Nous ne ferons que signaler en passant la surdité temporaire qui accompagne parfois le début des oreillons, et qui est liée à une compression du conduit auditif externe ; il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'une complication des oreillons, et le diagnostic d'avec la surdité ourlienne proprement dite sera facile à faire par l'absence des autres symptômes et la marche de l'affection.

CHAPITRE III

Otalgies. — Lésions de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.

En étudiant les complications auriculaires des oreillons, nous ne pouvons passer sous silence les otalgies si fréquentes dans cette affection. La douleur est sinon constante, au moins presque habituelle; mais ce qui est intéressant, c'est la violence qu'elle affecte quelquefois. « J'ai vu des enfants, dit Comby, qui le jour ou la veille de l'invasion accusaient dans l'une ou l'autre oreille des douleurs atroces leur ôtant l'appétit, le sommeil, et s'accompagnant d'une agitation qui pouvait faire craindre le début d'une méningite. » Cette douleur est d'ordinaire peu durable, elle ne s'accompagne d'aucune lésion auriculaire et ne laisse à sa suite aucune trace. L'intensité de la douleur est en rapport avec celle du gonflement; par suite de la disposition de la région, la loge parotidienne est fermée par des plans fibreux inextensibles; les nerfs sont situés absolument comme dans le glaucome les nerfs ciliaires, d'où irradiations

douloureuses. Comby cite plusieurs observations d'otalgie, nous lui empruntons la suivante :

OBSERVATION X

(Comby : *Les oreillons*, 1893.)

Le 23 novembre 1892, je vois un petit garçon âgé de 4 ans, qui n'a pu dormir la nuit dernière, réveillé qu'il était par des douleurs atroces (otalgie ourlienne), occupant l'oreille gauche. Il pleurait, poussait des cris, se roulait dans son lit sans que sa mère pût le calmer. Ce matin, la douleur d'oreille a disparu mais un gonflement notable de la région parotidienne a pris sa place. Le côté droit lui-même est un peu tuméfié, mais à un degré moindre que le côté gauche. A l'angle de la mâchoire gauche, on sent la présence d'un ganglion gros comme une amande et douloureux à la pression. Du côté droit, au même point, on sent la présence d'un ganglion analogue, mais plus petit, et moins sensible à la pression. L'examen de la bouche ne révèle pas d'énanthème, le papier de tournesol rougit légèrement au contact de la salive.

Ce cas, en somme, est remarquable par une adénopathie angulo-maxillaire précoce contemporaine de l'engorgement parotidien.

La douleur pourrait faire penser à l'apparition d'une otite interne, mais dans ce dernier cas les autres symptômes ne tardent pas à venir faire le diagnostic.

Nous passerons aussi rapidement sur le catarrhe de l'oreille externe dont l'existence a été affirmée par Fournié ; Eloy et Gallavardin le signalent sans commentaires, se contentant de répéter à ce sujet la comparaison qu'avait faite Fournié : « catarrhe du conduit auditif, reproduisant dans la sphère auriculaire des loca-

lisations de même ordre que les localisations conjonctivales et uréthrales. »

Dans la statistique générale de l'armée (1884), nous trouvons signalée comme complication des oreillons, l'otite externe, assez fréquente, très douloureuse, mais se terminant favorablement (Roberdeau).

Il est très possible en effet qu'une otite externe coïncide avec le gonflement des parotides, par suite du voisinage des deux organes ; les nombreux lymphatiques qui vont du conduit auditif externe aux ganglions profonds de la parotide, peuvent expliquer cette extension de l'inflammation ; mais le terme de catarrhe employé par Fournié, est absolument impropre. L'écoulement est séro-purulent, jamais muqueux, ce qui est bien le cas d'une otite externe diffuse ; il est de courte durée, et s'accompagne souvent de douleurs vives, mais en somme n'offre pas de caractères bien spéciaux ; il ne s'accompagne jamais de surdité.

Son pronostic est absolument bénin.

Voici à ce sujet l'observation rapportée par Fournié, et sur laquelle nous faisons toutes nos réserves car, en l'absence de l'examen otoscopique, il n'est pas permis d'éliminer l'oreille moyenne comme point de départ de cet écoulement puriforme.

OBSERVATION XI

(Fournié, *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1885.)

Le 15 mai 1882, le Dr Schmuck de Heidelberg, 20 ans, fut pris de tuméfaction et de douleur des parotides.

Le 16, vers midi, il y eut augmentation de tuméfaction et de douleur ; il y eut un froid modéré pendant une demi-heure,

puis de la chaleur ; le soir, douleur aiguë de l'oreille gauche.

Le 17, les deux glandes sous-maxillaires et parotidiennes sont tuméfiées, il y a de la rougeur, douleur de l'oreille gauche, fièvre assez forte, poulx dur, fréquent, plein (saignée d'une livre, fomentations émollientes sur l'oreille). Vers midi, froid comme hier, puis la chaleur augmente ; la mastication est douloureuse, et une grande douleur d'oreille se montre maintenant du côté droit. Vers le soir, poulx dur, plein, fort, sang sans couenne (nouvelle saignée, fomentations auriculaires, lavement, limonade, application de lait tiède sur l'oreille.)

Le 18, douleur, fièvre modérée, poulx moins fort et moins dur, tuméfaction grande, peu douloureuse ; cependant le cou est douloureux le soir et la douleur s'étend vers les yeux ; poulx plus mou, peau un peu humide.

Le 19 matin, moins de fièvre, sueur, pas de douleurs, mais mastication toujours empêchée. Le soir, état presque le même.

Le 20, moins de fièvre qu'hier, tuméfaction à peu près la même, légère sueur.

Le 21, même état. Une matière puriforme s'écoule de l'oreille droite. La tumeur paraît diminuer un peu, le poulx est moins fébrile, la mastication un peu plus facile.

Le 22, il se rendit de nouveau à l'école, quoique la face ne fût pas entièrement débarrassée de la tuméfaction et que le 23 la mastication fût encore empêchée et que la matière puriforme s'écoulât encore de l'oreille.

Les lésions de l'oreille moyenne nous retiendront plus longtemps. « Ce sont, dit Gallavardin, comparés aux précédents (les cas de surdité interne) des faits bien peu nombreux et bien peu importants. » Les différents auteurs qui ont étudié les complications auriculaires des oreillons, se sont en effet peu attardés à ce genre de manifestations quand par hasard ils les ont signalées. Lemoine et Lannois, Dreyfus-Brisac notent leur possibi-

lité ; Eloy semble les avoir confondues avec l'otite externe de Fournié.

Connor rapporte 5 cas de surdité qu'il attribue à une otite moyenne ; Minor donne 3 cas, Kipp et Tsakyroglouss, chacun un cas. Ces faits sont donc peu nombreux ; ils le deviendraient bien plus par une étude attentive des épidémies d'oreillons. « Dans celle de Montpellier, dit Rességuier, la fluxion envahissait quelquefois le conduit auditif et l'oreille moyenne ; elle donnait lieu à des otites dont les accidents étaient des otorrhées légères et la perte momentanée de l'ouïe. » Dans la statistique générale de l'armée, un certain nombre de cas sont signalés : 1894, VI^e corps : on a relevé plusieurs cas de rhumatisme post-ourlien, d'otorrhée, etc. — IX^e corps, à Cholet (94 cas), on signale dans 3 cas des complications d'otite moyenne qui donnent lieu à une suppuration des cellules mastoïdiennes. — 1892, VII^e corps : des troubles visuels et auditifs variés sont signalés en assez grand nombre ; un malade a dû être réformé pour otite moyenne chronique. — 1891, VIII^e corps, 91 cas s'observent jusqu'en mai, ne donnant lieu qu'à 5 orchites simples ; mais une complication d'otite moyenne double cause la surdité et entraîne la réforme. A Bourges, 41 cas, 7 orchites ont été observées, et en outre une otite moyenne et une adénite cervicale. — 1886, XIII^e corps : sur 69 cas, 3 malades ont présenté de l'otite suppurée. — 1884 : les autres complications ont été... l'otite moyenne suppurée avec perforation du tympan (Lachapelle, 2 cas).

Malheureusement ces statistiques de l'armée ne nous donnent que des renseignements fort imprécis. Il nous

paraît toutefois que si la surdité consécutive n'est pas plus souvent notée, cela tient sans doute à ce que les malades atteints d'otite moyenne passaient des salles de médecine dans les services de chirurgie, où ils n'étaient plus suivis ; la marche et la terminaison de l'affection restaient donc inconnues.

Cet accident nous paraît donc être loin de présenter le caractère de rareté que lui attribue Gallavardin ; mais sa bénignité fréquente, sa ressemblance avec les otorrhées de cause quelconque, qui empêchait d'incriminer les oreillons, ont dû souvent le faire passer sous silence.

Nous publions ici 3 observations inédites de cette affection.

OBSERVATION XII

(Inédite, due à M. Lannois.)

Albuminurie. — Oreillons. — Otite moyenne catarrhale.

M.V. . . , 7 ans et demi est amené le 28 janvier 1899, il a de l'albuminurie depuis l'âge de 9 mois à la suite d'une affection indéterminée, et il est porteur d'une déviation assez considérable de la cloison nasale à gauche. Cette déviation est attribuée à un traumatisme dans la première enfance. Il a eu les oreillons au mois d'avril 1898 en même temps que ses frères et sœurs. Il fut assez malade et eut beaucoup de fièvre ; la mère dit que pendant toute la durée des oreillons il avait été très sourd puis que cela s'était dissipé un peu pendant la convalescence.

Toutefois il était resté assez sensiblement sourd et on en donne comme preuve qu'emmené à la campagne en convalescence, il n'entendait pas sonner la cloche du dîner quand il était dans le jardin. Il n'entendait pas davantage jouer du piano dans une chambre voisine de celle où il se trouvait. Il faisait constamment répéter. . . On n'avait pas remarqué qu'il fût

sourd auparavant et il ne fut pas traité. A l'examen, outre la déviation nasale, on constate que l'enfant a les amygdales un peu grosses et quelques granulations lymphoïdes sur la paroi postérieure du pharynx. L'examen des oreilles montre un léger degré d'enfoncement des tympans avec absence du triangle lumineux et un aspect gris généralisé du tympan, indice net d'une otite moyenne chronique. L'oreille droite entend la montre au toucher du pavillon, la gauche à deux centimètres. Après le Politzer, qui se fait d'ailleurs assez mal à cause de la déviation, l'enfant entend la montre à 4 centimètres à droite et à gauche et dit avoir la tête très dégagée. Il ne se plaint d'ailleurs d'aucun trouble subjectif si ce n'est de temps à autre un léger bourdonnement ; il n'a pas de vertiges.

Il n'a pas été revu.

OBSERVATION XIII

(Inédite, due à M. Lannois.)

Otite moyenne.

Mlle T. . . , âgée de 16 ans est venue consulter pour la première fois le 25 janvier 1895. Elle a seulement un peu de dureté de l'ouïe du côté droit, mais sa famille est très effrayée de son cas parce que le frère est très sourd et que plusieurs personnes de la famille de son père présentent de la surdité ou de la dureté d'oreille. La surdité droite était seulement en rapport avec un petit bouchon cérumineux, mais cette jeune fille est très sujette aux rhumes de cerveau et a des cornets hypertrophiés, blafards, des granulations dans le pharynx et le facies adénoïdien, bien qu'il ne reste pas de végétations adénoïdes. Elle dit que de temps à autre elle entend moins bien lorsqu'elle prend un de ses rhumes de cerveau. De fait elle a été vue très fréquemment jusqu'à ce jour et de temps à autre elle se présente avec un léger abaissement de l'audition, que 2 ou 3 insufflations avec la poire de Politzer font rapidement disparaître. Elle entend habituellement la montre entre 65 et 70 centimètres. Lorsqu'elle a du coryza l'audition tombe à 30

ou 35 centimètres. Au mois d'avril 1897, étant au bord de la mer près de Marseille, elle a eu les oreillons et resta très sourde après leur disparition, et lorsqu'elle se présenta à nouveau le 14 mai 1897, elle se plaignait d'avoir depuis les oreillons un abaissement de l'ouïe et des bourdonnements surtout dans l'oreille gauche. Cet état se dissipa également rapidement sous l'influence du cathétérisme.

OBSERVATION XIV

(Inédite, due à M. Lannois.)

Otite moyenne.

M. A. W..., âgé de 43 ans, se présente le 23 mai 1897. Il raconte qu'il y a un mois, il a eu les oreillons. Pour contrôler cette assertion, j'ai écrit au docteur Bierry, de Moirans (Jura), qui l'avait soigné et qui confirma le dire du malade. Il y avait, à ce moment, une épidémie d'oreillons dans le pays, et le malade en a été nettement atteint.

Il eut une épistaxis violente un lundi; les oreillons se déclarèrent le mardi; dès le même jour et toute la journée du mercredi, il eut des bourdonnements intenses et des douleurs violentes dans les deux oreilles. Il semble même avoir eu un peu de délire, car on fut obligé de l'attacher dans son lit. Il avait beaucoup de fièvre. Le mercredi soir les oreilles se mirent à couler, le liquide fut d'abord clair puis purulent et resta constamment très abondant. Le malade vient consulter en raison de la surdité persistante et de l'écoulement qui continue. Il a en effet une assez grande quantité de pus blanc dans les deux conduits. Au dessous, on trouve les deux tympons rouges avec le manche à peine visible, la courte apophyse étant seule marquée par un point blanc; de chaque côté une petite perforation : à droite, elle est ronde, grosse comme une tête d'épingle, située dans le cadran antéro-inférieur; à gauche, elle est ovale, allongée dans le sens vertical, située dans le cadran postéro-inférieur presque au contact du cadre tympanal. Le malade se plaint d'avoir toujours des bourdonnements

pulsatiles, mais il n'a pas de vertiges. Il entend le diapason par l'air et sur le front, mais sans le localiser plutôt d'un côté que de l'autre. L'expérience de Rinne est positive à droite, négative à gauche. A la montre, $OD = 0$, $OG = 2$; et après un cathétérisme qui le soulage assez nettement, $OD =$ tragus, $OG = 2$.

Ce malade présente un degré assez marqué de rhinite hypertrophique et une exulcération sur la cloison cartilagineuse de chaque côté. Il mouche habituellement beaucoup. Il est très sujet à des névralgies faciales qu'il qualifie de très mauvaises, Le traitement a consisté en traitement sec par l'acide borique pour les oreilles et en application de glycérolé au tannin dans les fosses nasales.

Le malade est venu se représenter le 19 juin, complètement guéri. Il n'avait plus de perforation, entendait la montre à 15 centimètres à droite et à 20 à gauche et le cathétérisme lui fit gagner 10 centimètres d'audition pour la montre de chaque côté.

Les observations que nous possédons sont trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions fermes au point de vue de l'histoire de cette affection.

Un des points les plus intéressants est l'étiologie, nous l'étudierons dans un instant.

L'époque d'apparition semble coïncider avec le début des oreillons. L'otite peut affecter la forme catarrhale ou la forme purulente ; les symptômes varient suivant ces cas. Dans le premier cas, la surdité et les bourdonnements constituent toute la symptomatologie ; on ne note pas d'autres signes subjectifs, ni vertiges, ni douleurs. Les bourdonnements disparaissent rapidement sous l'influence du cathétérisme. La surdité n'est pas forcément complète, elle augmente dans certaines con-

ditions, surtout par l'apparition d'un coryza. Enfin, elle s'améliore facilement par l'usage de la poire de Politzer.

L'otite purulente paraît plus rare, mais le nombre des observations est insuffisant pour nous permettre d'établir une proportion fixe ; elle s'accompagne de fièvre, de douleurs vives, de bourdonnements intenses qui affectent souvent le caractère pulsatile ; dans notre observation, on note du délire.

Ces symptômes, surtout la fièvre, diminuent dès que le tympan est perforé et que le pus peut s'écouler au dehors. La surdité est plus persistante que dans le cas de simple catarrhe ; dans notre observation, l'affection s'est terminée par une guérison totale ; d'autres fois, la surdité peut être définitive. L'otite moyenne purulente peut aussi passer à l'état chronique ; la suppuration des cellules mastoïdiennes est aussi une complication possible.

Les symptômes objectifs sont, suivant les cas, ceux du catarrhe de la caisse aigu ou chronique, ou ceux de l'otite purulente : opacité et couleur blanche, avec enfoncement du tympan et disparition du triangle lumineux dans le catarrhe chronique ; injection vive, gonflement de la membrane, disparition du manche du marteau, puis perforation et écoulement purulent dans l'autre cas.

Le cathétérisme est parfois difficile. La perception par la voie osseuse est conservée. Comme dans les affections de l'oreille moyenne, le Weber est latéralisé du côté malade ; le Rinne est négatif le plus souvent, mais il faut compter avec les erreurs fréquentes de ce moyen de diagnostic.

Un point semble bien établi dans l'histoire de cette affection, c'est la prédisposition des malades à contracter une otite moyenne, soit que le malade fût déjà un peu sourd avant ses oreillons, soit que la disposition de ses fosses nasales et de ses trompes fût défectueuse. Dans la première observation, les antécédents de surdité sont très nets, ils existent non seulement chez la malade, mais chez plusieurs personnes de sa famille, elle-même est une adénoïdienne et l'on connaît l'influence néfaste qu'exercent les végétations du pharynx sur l'organe de l'ouïe. Dans les deux autres observations, la prédisposition, pour être moins nette, existe cependant : l'un des malades présente un degré marqué de rhinite hypertrophique, l'autre a une déviation nasale, les amygdales un peu grosses et quelques granulations pharyngées : tous les deux sont des individus qui respirent mal par le nez ; ils doivent dormir la bouche ouverte, présenter un certain degré de rhino-pharyngite (le premier de ces malades mouche beaucoup).

Chez de tels malades, la moindre irritation de l'oreille moyenne, due à une inflammation de voisinage, ne manquera pas de provoquer un catarrhe de toutes les muqueuses prédisposées, d'où l'oblitération possible de la trompe et le catarrhe de la caisse.

Comment agissent les oreillons pour provoquer cette irritation du côté de l'oreille moyenne ? Les théories de Seligsohn et de Grüber, que nous avons déjà étudiées pour la pathogénie de la surdité labyrinthique, s'appliqueraient assurément mieux aux cas actuels. La transmission de l'inflammation par les tissus mous et la scissure de Glaser paraît possible ; on a cité des cas

d'arthrite temporo-maxillaire qui reconnaissent sans doute la même cause ; dans les deux cas, l'inflammation a suivi le même chemin pour gagner l'oreille.

Le nerf facial aussi pourrait être invoqué comme la voie de transmission de l'inflammation parotidienne ; au niveau de la deuxième portion de l'aqueduc de Fallope, le facial n'est séparé de la caisse que par une mince lamelle osseuse, celle-ci peut manquer par places, par suite d'un arrêt de développement, et dans ce cas une simple fibro-muqueuse est interposée entre les deux organes.

Le glosso-pharyngien dont le nerf de Jacobson est une branche, ne peut être invoqué comme agent de propagation à cause de l'aponévrose qui le sépare de la face profonde de la parotide.

A ces théories qui cherchent à expliquer l'otite moyenne par une transmission plus ou moins directe de l'inflammation parotidienne, nous croyons juste de substituer une autre explication, reposant sur un certain nombre de faits qui ont frappé depuis longtemps les observateurs ; nous voulons parler de l'énanthème pharyngé. Cette idée se rencontre déjà dans la thèse de Pinet : « Les oreillons exercent aussi leur influence sur la muqueuse buccale, et si la glande parotide est un lieu spécial d'élection pour l'activité morbifique du poison oreilleux, la cavité buccale, les amygdales et les glandes sous-maxillaires, sont aussi atteintes dans quelques cas. Ainsi, on voit la fluxion se manifester par du gonflement et de la rougeur des amygdales : par une rougeur plus ou moins intense des piliers et du voile du palais, par des douleurs d'un caractère variable,

douleurs se manifestant surtout pendant la déglutition, enfin par la sécheresse de la bouche. Le processus morbide peut, en se propageant suivant la trompe d'Eustache, déterminer une phlegmasie plus ou moins vive de l'oreille moyenne. »

Si l'on songe que la plupart des malades, sinon tous ceux qui sont atteints d'otite moyenne à la suite des oreillons, présentaient une prédisposition à la rhinopharyngite, on admettra facilement que l'énanthème pharyngé se présente chez eux de préférence. La rougeur de l'arrière-gorge, l'amygdalite, ont été signalées d'abord par Guéneau de Mussy (1), qui cite « la coexistence d'un état congestif, avec tuméfaction de la muqueuse buccale, plus accusée vers les dernières molaires, vers la face interne des joues, autour de l'orifice du canal de Sténon, dans la partie antérieure de la voûte palatine ». Colin nie l'existence de cet énanthème. On le retrouve cependant noté dans la thèse de Pinet ; M. Catrin, dans son travail sur les complications des oreillons, n'en parle pas ; Fournié semble même croire à son absence constante. Un certain nombre d'observations relatent pourtant la présence de cet énanthème et même des angines ; la statistique générale de l'armée en cite de nombreux cas :

1895. A Pau, 18^e de ligne, chez un certain nombre de malades, des angines inflammatoires intenses ont compliqué la maladie (Méd. maj. Chopinet).

1893. A Tours, 66^e de ligne, un grand nombre d'ourliens ont présenté tout d'abord de l'angine herpé-

(1) Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*, t. II, p. 1 et 2.

tique ou pultacée, et, pendant la période d'évolution, on constatait parfois de la sécheresse de la bouche avec rougeur diffuse au pourtour de l'orifice des glandes salivaires (Méd. maj. de 1^{re} cl, Bailby).

1884. Les autres complications ont été : l'angine et l'amygdalite, assez fréquentes, etc.

Il nous semble donc difficile de nier cette complication des oreillons, et très naturel de l'admettre comme première cause de l'otite moyenne.

Quel est l'agent de cette inflammation de la caisse ? Dans un cas d'arthrite suppurée succédant à une otite purulente moyenne, consécutive elle-même aux oreillons, M. Catrin a trouvé le streptocoque dans le liquide de l'arthrite. MM. Busquet et Ferré trouvent d'ailleurs une relation entre les phlegmasies à streptocoques et le développement des oreillons : angines à streptocoques, abcès dentaires à streptocoques, coexistence ou développement successif de l'érysipèle chez quatre malades atteints d'oreillons. M. Catrin considère le micro-organisme des oreillons comme l'un des moins pyogènes que l'on connaisse, ainsi que l'établit l'innocuité des injections du diplocoque ourlien, agent présumé de la maladie. Il est donc bien probable que les otites suppurées ourliennes n'ont rien de spécifique, mais sont dues en grande partie au streptocoque ; ce qui à la fois contredit la théorie de la transmission directe, de la parotide à l'oreille moyenne, et fortifie l'hypothèse de la propagation d'une inflammation angineuse par la trompe d'Eustache.

Le traitement n'offre rien de particulier ; c'est celui de toutes les otites moyennes.

CHAPITRE IV

Traitement.

L'histoire du traitement de la surdité labyrinthique nous retiendra peu. Aussitôt cette affection connue, on a dû songer à la guérir, mais elle s'est malheureusement montrée le plus souvent rebelle aux diverses médications employées contre elle. D'après Toynbee « lorsque le nerf n'est pas entièrement paralysé et qu'il reste un certain degré d'ouïe, quelque faible qu'il puisse être, le seul plan de traitement à recommander consiste dans l'emploi d'une légère contre-irritation sur les oreilles et autour du pavillon, en même temps qu'on exercera l'oreille à l'aide d'un tube acoustique de caoutchouc ».

Le cathétérisme a été souvent employé; mais par suite du siège de la lésion ce traitement ne pouvait avoir et n'eut jamais de bons résultats du côté de la surdité, sauf dans les cas où l'otite moyenne catarrhale compliquait l'affection de l'oreille interne. Le même traitement n'a eu aucune influence sur les symptômes concomitants.

La révulsion a été également essayée (elle n'a pas eu de meilleurs résultats), soit sous forme de badigeonnages à la teinture d'iode ou au collodion cantharidé sur l'apophyse mastoïde, soit au moyen de pédiluves chauds ou de vésicatoires. Charcot recommandait les pointes de feu sur l'apophyse mastoïde.

On peut diriger le traitement contre l'hémorrhagie possible du labyrinthe. Schwartz recommande les saignées locales au moyen de sangsues Heurteloup sur l'apophyse mastoïde ; il dit en avoir obtenu d'excellents résultats dans certaines commotions du labyrinthe. Soit immédiatement, soit en quelques heures ou quelques jours, il y avait amélioration ou disparition complète des symptômes. Schwartz ajoute « qu'il ne faut pas chercher l'explication de ce résultat dans la saignée mais probablement dans l'irritation cutanée qui en résulte, laquelle excite les nerfs vasculaires paralysés et détermine la contraction des vaisseaux ». Garnault croit que les scarifications du conduit pourraient rendre des services. Ce traitement, s'il n'a pas d'action sur la surdité elle-même, peut cependant être dirigé contre les symptômes concomitants qu'il est susceptible d'améliorer (2^e observation de Bück).

Enfin, le traitement électrique a été essayé par certains médecins sous forme de courants continus, recommandés par Brenner comme ayant une action directe sur le nerf auditif. Ils auraient amené une amélioration passagère dans un cas de Fournié, mais Moure n'en a obtenu aucun résultat.

Le traitement interne a aussi été tenté. L'iodure de potassium a été essayé dans un certain nombre de cas,

soit comme résolutif, soit qu'il y ait eu des antécédents spécifiques; on n'a jamais eu d'amélioration.

La similitude avec le syndrome de Ménière des symptômes qui accompagnent l'apparition de la surdité devait engager à suivre le traitement conseillé par Charcot (1) dans cette maladie, c'est-à-dire l'administration de sulfate de quinine. Charcot ayant remarqué que dans la maladie de Ménière les vertiges disparaissaient quelquefois spontanément quand la surdité était complète, eut l'idée d'accélérer la marche de cette surdité au moyen du sulfate de quinine à doses fortes suffisamment prolongées, 50 centigr. à 1 gr. par jour. Il remarqua, d'ailleurs, que ce traitement, tout en améliorant beaucoup les autres symptômes que la surdité, n'avait aucune action sur cette dernière. Il n'a pas donné d'explication de ce fait en apparence paradoxal. Ce traitement employé dans la surdité labyrinthique ourlienne n'a amené aucune modification du côté de l'ouïe; les vertiges seuls ont été améliorés (observation de Roosa et de Tsakyroglouss.)

Schwartzé recommande le nitrate de strychnine en injections sous-cutanées quotidiennes de 0,002 à 0,006 dans la région de la nuque ou dans la région temporale, contre les hémorrhagies labyrinthiques. Nous ne croyons pas que cette médication ait été essayée.

Enfin nous arrivons au seul médicament qui ait donné jusqu'à présent un résultat certain, je veux parler de la pilocarpine. Schwartzé en conseille l'emploi dans

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1877, tome I,

les commotions du labyrinthe. Field (1) traite également la surdité labyrinthique par la pilocarpine qu'il suppose agir en activant la sécrétion du liquide de Cotugno; les produits inflammatoires seraient par suite, dissous et plus facilement résorbés; il donne plusieurs observations de malades guéris par ce moyen. M. Jollye en a tenté l'emploi dans un cas de surdité ourlienne; le résultat a été tout à fait favorable.

OBSERVATION XV

(A case of internal ear deafness following mumps treated with pilocarpine, recovery, By F. W. JOLLYE, *archives of otology*, t. XXVII, n° 1, 1898.)

Le 29 janvier 1896, une jeune fille de 13 ans et demi, qui, avec tout le reste de sa famille, entrait en convalescence d'oreillons, fut précipitée par terre, lorsqu'au matin elle voulut sortir du lit. Elle fut incapable de se relever à cause d'un vertige intense. Dans l'après-midi, je la trouvai dans son lit, se plaignant d'une douleur diffuse dans tout le côté droit de la tête et de vertiges lorsqu'elle s'asseyait. Elle n'avait pas de nausées, ne se plaignait ni de douleurs d'oreille, ni de surdité, mais en la faisant descendre du lit, je constatai qu'elle serait tombée si elle n'avait été soutenue. Elle ne paraissait pas avoir de tendance à tomber dans une direction déterminée. Pupilles égales et réagissant bien. Aucune trace de paralysie. Le vertige étant le symptôme principal, j'examinai l'audition avec ma montre, et constatai qu'elle ne l'entendait de l'oreille droite par aucun point du crâne, ni même par les dents. Le

(1) FIELD. On labyrinthine deafness treated by pilocarpine. *Brit. Med. Journal*, 17 mai 1890, p. 1125.

diapason n'était entendu ni par l'air, ni par les os. Aucune lésion appréciable de l'oreille à l'examen au spéculum. Elle n'avait jamais rien eu aux oreilles auparavant. Pendant quelques jours, je prescrivis des fomentations chaudes, de la révulsion derrière l'oreille, un mélange d'antipyrine et de bromure; et prescrivis le repos au lit. Une purgation au calomel au début et des insufflations d'air avec la poire de Politzer. Le vertige diminua très faiblement, ainsi que la douleur qui cessa d'être continue, et revint par accès, surtout le soir, ce qui l'empêchait de dormir. Mais la surdité resta absolue. C'est alors que le 2 mars, je me déterminai à essayer les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine. La première dose fut de $\frac{1}{24}$ de grain (0 décigr. 65), la seconde de $\frac{1}{12}$; elle fut augmentée ainsi progressivement jusqu'au 14 mars, où elle était de $\frac{1}{5}$ de grain. Cette dose fut continuée pendant une semaine, et à ce moment le malade déclara qu'elle entendait la montre au contact fort sur la mastoïde, qu'elle pouvait se tenir debout seule, mais avait la crainte de marcher. Je donnai alors un mélange de sulfate de quinine ($\frac{1}{3}$ de grain) et de nitrate de pilocarpine ($\frac{1}{4}$ de grain) 3 fois par jour, me proposant de revenir aux injections si les symptômes ne continuaient pas à s'amender. Elle prit ce mélange pendant 15 jours avec une amélioration nette de l'audition; je cessai alors la pilocarpine et continuai la quinine pendant 6 semaines. A ce moment, elle entendait ma montre à 2 ou 3 pouces de l'oreille et son vertige était assez amendé pour qu'elle pût se promener autour de la chambre, tout en se tenant à proximité des meubles en cas de besoin. Ce ne fut qu'au milieu de l'été qu'elle eut assez de confiance en elle-même pour marcher seule. Je l'examinai de nouveau en septembre 1897, et trouvai que l'audition était parfaite des deux côtés.

L'affection dans ce cas, comme dans la majorité de ceux qui suivent les oreillons, était unilatérale, et il ne paraît pas y avoir de relation entre l'intensité des oreillons et la tendance aux lésions de l'oreille, car la malade avait eu une attaque très faible, et n'était pas assez malade pour garder le lit et pour

avoir un traitement médical. Le gonflement avait disparu depuis plusieurs jours quand le vertige fit son apparition.

Il est à souhaiter que d'autres observations viennent confirmer de pareils résultats, et changer le pronostic d'une affection contre laquelle les efforts de la thérapeutique s'étaient toujours trouvés impuissants.

CHAPITRE V.

Résumé de 30 observations de surdité labyrinthique.

1. BRUNNER. (Ein Fall von completer einsitger Taubheit nach Mumps mit epikritischen Bemerkungen. (*Zeitsch für Obrenbeilk.*, XI, 1882, p. 129). Femme, 30 ans. Oreillons doubles, gonflement peu intense. Quelques jours après, vertiges et bourdonnements à droite, puis surdité droite absolue. Examen otoscopique négatif. Persistance des bourdonnements et de la surdité.

2. BUCK. (Sudden and complete Loos of Hearing in on Ear during an Attack of Mumps. (*American Journ. of otology*, 1881, p. 203 et *Transact. of the Amer. Otol. Soc.*, 1881). Femme, 16 ans, délicate. Oreillons doubles, gonflement intense, angine et dysphagie. Otalgie et bourdonnements à droite le 3^e jour, surdité du même côté le lendemain. Membrane du tympan légèrement concave. Gonflement passager de la muqueuse de la trompe. Traitement sans résultat. Persistance de la surdité osseuse et aérienne.

3. BUCK. (*Loc. cit.*). Homme, 41 ans, bonne santé habituelle. Oreillons doubles, gonflement plus marqué à gauche. Du 3^e au 4^e jour, surdité et bourdonnements à gauche. Vers le 15^e jour, vertiges, nausées, troubles de l'équilibre, diminués par l'application de sangsues. Traitement spécifique sans résultat. Surdité osseuse et aérienne persistante.

4. BURKNER. (Ein Fall von plötzlichem Verlust des Hörvermögens auf einem Ohre im Verlaufe von Mumps. *Berl. Klin. Wochens.*, 1883, p. 193). Homme, 17 ans, Oreillons doubles, peu marqués. Le 3^e jour bourdonnements, le 4^e jour surdité droite. A l'examen otoscopique, léger rétrécissement du conduit auditif. Persistance d'un reste de conduction osseuse. Le 6^e jour, vomissements durant 4 jours, avec vertiges plus persistants. Un mois et demi après, surdité complète, même par la voie osseuse. Traitement sans résultat.

5. CALMETTES. (*France Médicale*, 22 juillet 1881). Jeune fille, 6 ans, très bonne santé. Oreillons très légers. A peu près simultanément, surdité presque complète à droite. Ni douleur, ni bourdonnements. 8 mois après, aucun changement, l'enfant entendait encore la voix criée.

6. DASQUE. (*Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1895). Jeune fille, 13 ans. Oreillon à droite, le gonflement disparaît au bout d'une douzaine de jours, laissant à sa suite une surdité n'ayant fait qu'augmenter depuis lors.

Deux ans après, surdité complète, aérienne et osseuse,

du côté droit. Bourdonnement persistant. Tympan légèrement déprimé.

7. DASQUE. (*Loc. cit.*). Femme, 28 ans. Oreillons accompagnés de fièvre et de gonflement considérable des parotides, surtout à gauche. Après disparition du gonflement, apparition de bourdonnements à droite, avec vertiges et surdité.

Deux mois après, surdité aérienne persistante à droite, conservation de la perception crânienne. Bourdonnements intermittents. Membrane du tympan déprimée et terne.

8. FOURNIÉ. (*Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 5, 1885, p. 205). Homme, 21 ans. Oreillons doubles, gonflement marqué surtout à droite. Le 6^e jour, surdité bilatérale complète. Légère amélioration, à gauche, 8 ans après. Bourdonnements persistants. Entend vaguement les bruits sans distinguer les voix.

9. FOURNIÉ. (*Loc. cit.*). Homme, 20 ans. Oreillons doubles, gonflement prédominant à gauche. Le 5^e jour, vertiges et nausées, celles-ci disparaissent le lendemain. Surdité complète à droite, le 9^e jour. Troubles de l'équilibre pendant deux mois.

Sept ans après, surdité droite persistante; amélioration très passagère par l'électricité. Bourdonnements intermittents.

10. GELLÉ. (*Annales des mal. des or. et du lar.*, 1891). Enfant, 8 ans, chétive, ayant eu auparavant un affaiblissement passager de l'audition. Oreillons doubles, légers. Peu de temps après, surdité gauche complète et persistante.

11. HASLON. (*The Practitioner*, juin 1883, et *Philadelphia Med. news*, mars 1883). Femme, 23 ans. Gonflement parotidien à droite. Le 2^e jour, surdité complète à droite. Diapason légèrement perçu sur l'apophyse mastoïde. Examen otoscopique négatif. Trois ans après, aucun changement.

12. JOLLYE. (*Arch. of otology*, tome XXVII, n° 1, 1898). Jeune fille, 13 ans. En convalescence d'oreillons, fut précipitée à terre, en sortant du lit; impossibilité de se relever seule. Vertiges intenses avec douleur dans le côté droit de la tête. Surdité totale à droite, aérienne ou osseuse. Examen otoscopique négatif. Guérison des symptômes et de la surdité par la pilocarpine.

13. KNAPP. (Doppelseitige Taubheit nach Mumps Ebede, et in *Arch. of otology*, XI). Femme, 25 ans. Oreillons bilatéraux d'une durée de 15 jours. Surdité double ayant débuté le 7^e jour, complète le 8^e. Vertiges pendant plusieurs mois, pas de bourdonnements. Examen du tympan et des trompes négatif. Persistance de la surdité sans changement.

14. LAXNOIS et LEMOINE. (*Revue de Médecine*, 1883). Homme, 23 ans, ganglions suppurés à 9 ans, variole à 22 ans. Peut-être dysécie légère. Oreillons doubles; surdité bilatérale s'étant annoncée par des douleurs et bourdonnements très précoces, antérieurs à l'oreillon. Surdité osseuse et aérienne. Tympan déprimé à gauche. Disparition des autres symptômes, persistance de la surdité.

15. LAXNOIS (inédite). Jeune fille, 6 ans. Oreillons n'ayant duré que 4 à 5 jours. Peu après, on s'aperçoit

d'une surdité droite, avec vertiges et maux de tête. Tympan blanc-grisâtres, un peu épaissis en arrière, triangle lumineux flou. Montre légèrement perçue sur l'apophyse mastoïde. Persistance de la surdité, des maux de tête, des bourdonnements et vertiges.

16. LANNOIS (inéдите). Jeune fille, 20 ans. Oreillons doubles, avec gonflement marqué et état général assez sérieux. Le 2^e ou 3^e jour, surdité bilatérale, totale, survenue brusquement, avec bourdonnements intenses et vertiges. Léger épaississement du tympan, en arrière du manche. Persistance de la surdité et des symptômes.

17. LANNOIS (inéдите). Homme, 18 ans. Il y a 10 ans, oreillons surtout marqués à droite; peu de temps après, surdité droite complète. De temps à autre, quelques bourdonnements. Traitement sans résultat.

18. LANNOIS (inéдите). Jeune homme, 12 ans. Oreillons légers. Le 4^e jour, bourdonnements et surdité gauche aérienne et osseuse. Tympan légèrement gris à gauche.

19. LANNOIS (inéдите). Femme, 23 ans. Oreillons doubles légers. Le même jour, surdité gauche. Le 5^e jour, maux de tête, bourdonnement un peu au-dessus de l'oreille gauche; vertiges, nausées, vomissements abondants. Diminution progressive de ces symptômes; persistance de la surdité osseuse et aérienne, du bourdonnement, et de légers éblouissements.

20. MÉNIÈRE. (*Bulletins de la Soc. franç. d'Otol. et de Laryng.*, 1888). Enfant, 7 ans. Oreillons doubles, avec forte fièvre. Le 7^e jour, on s'aperçoit d'une surdité com-

plète de l'oreille gauche, n'ayant pas varié depuis. Pas de lésions apparentes de l'oreille.

21. MÉNIÈRE. (*Loc. cit.*). Jeune fille, 8 ans, délicate. Oreillons avec fièvre ; quelques bourdonnements. On s'aperçoit le 9^e jour de la surdité à droite. Pas de modifications dans la suite.

22. MÉNIÈRE. (*Loc. cit.*). Jeune homme, 8 ans, bien portant. Quelques convulsions dans l'enfance. Oreillons avec fièvre intense, ayant duré 3 jours. Le 3^e jour, violent mal de tête, qui disparaît le lendemain. Le 4^e jour, surdité absolue bilatérale. Pas de changement dans la suite. Examen des oreilles négatif.

23. MÉNIÈRE. (*Loc. cit.*). Enfant, 5 ans. Oreillons de moyenne intensité. Six jours après, on s'aperçoit d'une surdité double absolue. Deux ans après, scarlatine sans complications auriculaires. A quinze ans, fièvre cérébrale grave. Dix-sept ans après les oreillons, pas de modifications dans la surdité. Examen otoscopique négatif.

23. Moos. (Ein Fall von doppelseitiger Labyrinthaffection mit taumelndem Gang und bleibender Vernichtung des Gehörs nach Mumps. *Zeitsch. für Ohrenh.*, XI, p. 51, et *Arch. of otology*, vol. XI, 1882, p. 13). Jeune homme, 13 ans. Oreillons ayant duré 10 jours. Le 5^e jour, surdité complète bilatérale ; 6^e et 7^e jour, vomissements ; le 8^e jour, vertiges. Tympan à droite un peu terne ; à gauche, concave. Surdité totale ; à gauche, l'enfant croit entendre les diapasons ut² et ut³, à droite du vertex. Traitement par IK sans résultat.

25. MOOS. (*Zeitsch. für Ohrenheilk.*, Bd. XII, p. 112). Oreillons. Surdi-mutité consécutive.

26. MOOS. (*Berl. Klin. Woch.*, 1884, n° 3, p. 36). Jeune homme, 13 ans. A 4 ans, fièvre (?), surdité gauche et légère dysécie droite consécutive. Oreillons doubles; dès le début, surdité droite, se complétant en 5 jours. Surdité bilatérale. Dépression et injection des deux tympans. A droite, perception osseuse pour C' C', non pour A.

27 MOURE. (*Revue mens. de laryng., d'otol. et de rhinosc.*, 1^{er} oct. 1882, p. 301). Jeune fille, 8 ans. Oreillons bilatéraux développés. Au 15^e jour, surdité bilatérale; peu après, apparition de bourdonnements. Tympan droit sain, tympan gauche légèrement déprimé; trompes libres. Surdité bilatérale persistante, diapason la³ perçu difficilement à l'entrée du méat auditif à gauche.

28 NOYES. (*Transact. of the Amer. otol. Soc.*, 1879, vol. II, part. 3, p. 312). Homme 38 ans. Oreillons doubles, orchite droite le 12^e jour. Le 7^e jour, bourdonnements à droite, puis surdité droite absolue au bout de deux ou trois jours; en même temps, pouls tombant à 50 pulsations, vertiges et vomissements. Un mois après, persistance de la surdité droite absolue, aérienne et osseuse, et des vertiges.

29 SEITZ. (*Taubheit nach Mumps. Corresp. Blatt für Schweizer Aertze*, 1^{er} oct. 1883). Jeune homme, 19 ans. Lymphatico-nerveux. Oreillons doubles, sous-maxillaires et sublinguaux, avec fièvre. 7^e jour, surdité à droite, se complétant rapidement. Vertiges et bourdonnements à droite. Tympan droit épaissi et légère-

ment enfoncé ; à gauche, signes d'un ancien catarrhe de l'oreille moyenne. Bourdonnements et vertiges diminuant progressivement ; plus tard, un peu de perception pour les diapasons C¹ et C⁰.

30 SELIGSOHN. (*Ueber Taubheit nach Mumps. Berl. Klin. Wochens.*, 1883, p. 267 et 283). Jeune fille, 16 ans, d'apparence chétive, ayant un catarrhe des fosses nasales et de l'arrière-gorge. Oreillon gauche. Surdité du même côté, se complétant en deux mois. Surdité complète, osseuse et aérienne du côté gauche, avec bourdonnements intermittents.

CONCLUSIONS

I. — Les oreillons peuvent s'accompagner, du côté de l'organe de l'ouïe, de divers accidents.

Le plus fréquent est la surdité d'origine labyrinthique, caractérisée par :

a) La rapidité de sa production ;

b) L'intensité des symptômes qui marquent souvent son apparition :

1° Bourdonnements,

2° Vertiges,

3° Nausées et vomissements.

c) Sa persistance définitive dans la plupart des cas.

II. — Cette surdité est une localisation de l'affection ourlienne, maladie générale et infectieuse.

III. — Des observations montrent la possibilité d'une surdité temporaire, reconnaissant une cause analogue à celle de la surdité définitive.

IV. — La surdité labyrinthique survient surtout chez des individus prédisposés par des lésions antérieures de l'oreille.

V. — Les oreillons peuvent aussi s'accompagner d'otite moyenne, survenant également chez des individus prédisposés.

VI. — La surdité labyrinthique, regardée jusqu'à présent comme incurable, semble pouvoir céder à un traitement approprié. La pilocarpine, dans un cas, a amené une guérison définitive.

VU :

Le Président de la Thèse,

SOULIER.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BARR. (Two cases of total loss of hearing in both ears, consequent upon mumps, with observations). *Glasgow med. journal*, 1889 [5] s., XXXI, 408, 412, — et : *Iahr. f. ges. med.*, 1889, II, p. 591).
- BRUNNER. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.* Bd. XI, p. 129, 1882).
- BUCK. (*Amer. journ. of otol.*, 1881, p. 203).
- BURKNER. (*Berl. klin. Wochens*, 26 mars 1883).
- BURNETT. (*Amer. journ. of otol.*, 1881, p. 295).
- CALMETTES. *France médicale*, 1882, t. II, p. 85.
- CATRIN. *Gazette des Hôpitaux*, 1895.
- CHARCOT. *Leçons sur les mal. du syst. nerv.*, 1877, t. I.
- CHAMBERS. Annular Diseases of the ear; a sequel of mumps. *Tr. M. Soc. N. Jersey, Newark*, 1884, p. 230.
- CHEATHAM. (Parotitis followed by total deafness in one ear). *Ann. pract. News, Louisville*, 1886, p. 133.
- COMBY. *Les Oreillons*, 1893.
- CONNOR. *Amer. journ. of the med. Sc.*, 1884, p. 401.
- DALBY. *Diseases of the ear*, 1878.
- DASQUE. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1895.
- DREYFUS-BRISAC. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1884.
- ELOY. *Union méd.*, juillet 1885.
- FIELD. *Diseases of the ear*, 1879, p. 167, et : *Brit. med. journal*, 17 mai 1890, p. 1125.
- FOSTER. (Deafness from mumps). *Med. Rec.*, N. Y., 1893, p. 268, — et *Kansas City M. Index*, 1893, p. 255.

- FOURNIÉ. *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1885.
GALLAVARDIN. *Gazette des Hôpitaux*, 17 déc. 1898.
GARNAULT. *Précis des maladies de l'oreille*.
GELLÉ. *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1891, p. 479.
GEO HARLAN. *Med. News*, XLII, p. 326.
GRUBER. *Wein. Allg. med. Zeit.*, 1884, n^{os} 4 et 6.
GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*, t. II, p. 182.
HASLON. *The Practitioner*, 1883, — et *Philadelphia Med. News*,
24 mars 1883.
HOGDSON. *Brit. med. journ.*, 20 sept. 1883.
JOLLYE. *Arch. of otol.*, t. XXVII, n^o 1, 1898.
KIPP. *Zeitsch. f. Ohrenh.*, t. XIV, p. 214.
KNAPP. *Arch. of otol.*, XI.
LEMOINE et LANNOIS. *Revue de Méd.*, 1883.
MÉNIÈRE. *Bull. de la Soc. franç. d'Otol et de Laryng.*, 1888, t. V.
MINOR. *The New York med. journal*, 27 mars 1897.
MOOS. *Arch. of otol.*, vol. XI, 1882, — et *Zeitsch. f. Ohr.* XI,
1881, — et *Berl. Klin. Wochens*, 1884, n^o 3.
MOURE. *Rev. mens. laryng., otol. et rhinol.*, 1882.
NOYES. *Trans. of the amer. otol. Soc.*, 1879, vol. II, p. 342.
PIERCE. *The med. chronicle*, 1881, p. 505.
PINET. Thèse de Paris, 1878.
ROOSA. *Arch. of otol.*, XII, p. 4, — et *A practical treatise on*
Diseases of ear, New-York, 1885.
SCHWARTZE. *Handbuch der Ohrenheilkunde*.
SEITZ. *Med. Record.*, XXII, 573, — et *Corresp. Blatt für*
Schweizer Aertze, 1^{er} oct. 1883.
SELIGSOHN. *Berl. Klin. Woch.*, 1883, p. 267, 283.
THIRY. *Corresp. Bl. f. Schw. Aertze*, 1883.
TOYNBEE. *Trait. des mal. de l'oreille*, Londres, 1860. Traduc-
tion française de Darin, 1874, p. 370.
TSAKYROGLOUSS. *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1893.
VOGEL. *Ziemssen's Handbuch*, t. VII.

